

Nome del vaccinando _____ Cognome del vaccinando _____

Nato a _____ il ____/____/____

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale

Padre: Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il ____/____/____

Madre: Nome _____ Cognome _____

Nata a _____ il ____/____/____

Rappresentante legale (tutore/altro): Nome _____ Cognome _____

Nata a _____ il ____/____/____

Identificato tramite _____ Rilasciato da _____ il ____/____/____

__l__ sottoscritt __, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:**di aver ricevuto tramite**

- Materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- Colloquio con un medico/operatore sanitario

Un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- Sulla **modalità di effettuazione della/e vaccinazione/i** e la via di somministrazione del/i vaccino/i;
- **Sui vantaggi, il grado di efficacia** e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché delle possibili **conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- Sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- Sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- Sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un **ulteriore colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- Sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

Di essere stato invitato/a a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini; di **aver riferito correttamente informazioni** sullo stato di salute del vaccinando;

- Di aver acquisito **l'assenso tramite specifico atto di delega dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- Di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

E, quindi, di **ACCETTARE / NON ACCETTARE** le seguenti vaccinazioni proposte:

	Accetto	Non Accetto	Firma
Difterite - Tetano			
Difterite - Tetano - Pertosse			
Difterite - Tetano - Pertosse - Poliomielite			
Esavalente			
Meningococco ACWY			
Meningococco B			
Meningococco C			
Morbillo - Parotite - Rosolia			
Morbillo - Parotite - Rosolia - Varicella			
Papilloma Virus (HPV)			
Pneumococco 13			
Pneumococco 23			
Rotavirus			
Varicella			
Altre (specificare)			

Firma del genitore/del legale rappresentante

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/e vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando.

Per la/le vaccinazione/i proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

Centro vaccinale di _____ Data ____/____/____