

Azienda Asl Toscana Nord Ovest (dati identificativi della struttura)

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

Io sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ indirizzo _____

Dichiaro che nel corso dell'avvenuto colloquio con la Dottoressa Dolcetta Capuzzo Anna
(*nome e cognome del sanitario*)

In relazione alla/e vaccinazione/i ANTINFLUENZALE alla quale in data odierna
(*indicare il tipo di vaccinazione*)

mi sottopongo personalmente

si sottopone mio/a figlio/a _____ nato/a _____ il _____
(*dati della persona da vaccinare*)

si sottopone la persona che rappresento legalmente _____

Nato a _____ il _____ (*dati della persona da vaccinare*)

DICHIARO

- di aver ricevuto informazioni sulla/e malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i sopra indicata/e anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo messo a disposizione dalla ASL;
- di aver ricevuto informazioni sui motivi che consigliano il trattamento vaccinale proposto e le conseguenze sulla mia salute/sulla salute di mio figlio/a sulla salute della persona che rappresento, in caso di rifiuto;
- di aver avuto la possibilità di fare domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimento relativamente alla/e malattia/e da prevenire, caratteristiche del vaccino/i impiegato/i, benefici e potenziali rischi e complicanze della/e vaccinazione/i sopra indicata/e;
- di aver fornito correttamente le informazioni sullo stato attuale di salute mio/di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- di essere stato informato/a che in base all'anamnesi relativa alla mia salute/la salute della persona che rappresento, non ci sono controindicazioni note, ad oggi, nei confronti del/i vaccino/i proposto/i;
- di aver avuto informazioni sulla necessità di trattenermi/trattenere mio figlio/la persona che rappresento legalmente in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la/le vaccinazione/i e di dover comunicare eventuali reazioni avverse.

Pertanto esprimo il consenso alla/e vaccinazione/i sopra indicata/e

Firma leggibile dell'interessato/del genitore o del rappresentante legale _____

Nome e Firma dell'operatore sanitario Dr.ssa Dolcetta Capuzzo Anna

Presidio vaccinale _____ Data _____

-----**PARTE DA CONSEGNARE ALL'UTENTE**-----

Per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni potrà rivolgersi a:

Dr.ssa Dolcetta Capuzzo Anna tel. 3517903031dalle ore.....8.....alle ore.....10.....