

Consenso informato alla somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale

Nome e Cognome del bambino: _____

Codice fiscale: _____

Nato/a _____ il ____/____/____

In caso di minore / soggetto incapace (dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale):

☐ Genitore (Nome e Cognome): _____
nato a _____ il ____/____/____

☐ Genitore (Nome e Cognome): _____
nato a _____ il ____/____/____

☐ Rappresentante Legale (tutore o altro): _____
nato a _____ il ____/____/____

____ I sottoscritt / _____ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti 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 mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto e/o tramite colloquio con un medico operatore sanitario un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla modalità di effettuazione della somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale e sulla via di somministrazione;
- sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale nonché delle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata immunizzazione;
- sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale;
- sugli eventuali effetti collaterali della somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale 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 protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si immunizza;

di essere stato/a invitato/a a trattenermi presso l'Ambulatorio per i **quindici minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da farmaci;

di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del bambino;

in caso di minori:

- ☐ di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura;
- ☐ di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCONSENTIRE / NON ACCONSENIRE le seguenti somministrazioni proposte:**

VACCINO/ANTICORPO MONOCLONALE	Acconsento	Non acconsento	Firma
☐ INFLUVAC TRI S- VACCINO SPLIT TRIVALENTE			

Firma del genitore/legale rappresentante _____

DATI RICONOSCIMENTO IDENTITA': CITTADINO DELLA CUI IDENTITA' SONO CERTO

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sull'immunizzazione proposta. Per l'immunizzazione proposta sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, al farmaco utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata immunizzazione, 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.

DATA _____

Timbro e Firma dell'operatore sanitario _____