

## SCHEDA DI CONSENSO INFORMATO

**Nome e Cognome del vaccinando** \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

### In caso di minore (dati identificativi dei genitori )

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

### In caso di soggetto incapace:

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

Identificato tramite \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_, 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 (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato 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 protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

**di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato/trattenermi 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 corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;**

- 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 vaccinale;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE le seguenti vaccinazioni**

- Esavalente \_\_\_\_\_
- Anti Differite Tetano \_\_\_\_\_
- Anti Differite-Tetano-Pertosse-Poliomielite \_\_\_\_\_
- Anti Morbillo-Parotite- Rosolia \_\_\_\_\_
- Antimeningococco \_\_\_\_\_
- Antipneumococco \_\_\_\_\_
- Anti Papilloma Virus \_\_\_\_\_
- Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)
- \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

### Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

Per la/le vaccinazione/a 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

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_