

**MODULO DI CONSENSO ADULTI PER LA VACCINAZIONE
ANTINFLUENZALE
2021/22**



Cognome _____ Nome _____

nato il ____/____/____ Residente a _____

CODICE FISCALE _____ Cellulare _____

(compilazione del tipo di vaccino a cura dell'operatore sanitario)

Vaccinazione Antinfluenzale (selezionare il tipo di vaccino)		
<input type="checkbox"/> Vaxigrip	<input type="checkbox"/> Flud Tetra	<input type="checkbox"/> Fluarix
LOTTO VACCINO _____	Braccio: <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro	

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di **non avere** in data odierna sintomatologia da infezione respiratoria (tosse e/o raffreddore e/ofebbre)
- di **non essere** sottoposto a misure di quarantena per COVID-19
- di essere stato/a informato/a sui benefici e sui possibili effetti della vaccinazione antinfluenzale ed aver avuto la possibilità di fare domande a cui sono state fornite risposte esaurienti.
- Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni? si no
- Se sì, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi si no

Data __/__/____

Firma _____

Nome / cognome e Firma dell'operatore sanitario (che effettua anamnesi e vaccinazione)
