CONSENSO INFORMATO alla VACCINAZIONE

Nome e Cognome del vaccinando _____

Nato/a_____il____/____/_____

Dati identificativi dei genitori:

Genitore 1 (Nome e Cognome): _____

Nato/a_____il____/____/_____

Genitore 2 (Nome e Cognome): _____

Nato/a_____il____/____/_____

In caso di soggetto incapace indicare i dati identificativi del Rappresentante Legale (tutore o altro):

_____nato a_____il_/_/

Identificato tramite_____rilasciato da_____il_/_/_

_l_ 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:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- ➢ sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/ivaccino/i;
- ➢ sui **vantaggi,** il **grado di efficacia e gli effetti collaterali** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- ➢ sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- ➢ sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di 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 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 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 la seguente vaccinazione**

☐ **Anti-Meningococco** _____

I dati personali saranno trattati nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal decreto legislativo 196/2003 e s.m.i.

Firma del vaccinando/ del 1° genitore /del legale rappresentante

_____

Firma del 2° genitore

_____

Informativa
Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/e vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando,attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.
Per la/e 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 aventi avversi gravi alle vaccinazioni. Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

DATA **Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario**

_____/_____/_____ _____