

# Consenso informato alla vaccinazione

Nome e Cognome del vaccinando: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

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

**In caso di soggetto incapace (dati identificativi del Rappresentante Legale):**

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

\_\_\_\_ sottoscritto / \_\_\_\_\_ 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 e/o tramite 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/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 vaccini;

**di aver riferito corrette informazioni** sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

e quindi di **ACCONSENTIRE / NON ACCONSENIRE** alle seguenti vaccinazioni proposte:

	Acconsento	Non acconsento	Firma
<input type="checkbox"/> Vaccino 1 _____			
<input type="checkbox"/> Vaccino 2 _____			
<input type="checkbox"/> Vaccino 3 _____			

Firma del vaccinando o legale rappresentante \_\_\_\_\_

### **Informativa**

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i non 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 dall'utente.

CENTRO VACCINALE DI \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Timbro e Firma dell'operatore sanitario** \_\_\_\_\_