

MODULO CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONI ADOLESCENTI

Cognome e Nome :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono :	E-mail :
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) :	Codice Fiscale :
In qualità di <i>genitore/tutore/amministratore di sostegno</i> del:	
<input type="checkbox"/> Minore <input type="checkbox"/> Interdetto/Infermo/Incapace <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____	
<i>In caso di MINORE, riportare i dati identificativi dei genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale</i>	
(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE) Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
(GENITORE 2) Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<i>Estremi del Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (A.G.)</i>	
Tribunale (indicare il tipo di A.G.):	Provincia/distretto dell'A.G.
Numero del provvedimento	Data del provvedimento

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità **dichiaro che:**

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: " _____ "
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare.
- Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale mancata vaccinazione o di una rinuncia al completamento del ciclo vaccinale.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 DIREZIONE

Sede legale: Lungomare Starita 6, 70123 BARI

Telefono: 0805842442

E-MAIL: dipartimento.prevenzione@asl.bari.it

PEC: dipartimentoprevenzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it

- Accetto di rimanere nella sala d’attesa per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per consentire agli operatori sanitari di assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino “ _____ ”	RIFIUTO la somministrazione del vaccino “ _____ ”
Luogo e data:	Luogo e data:
Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:	Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:
Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:	Firma del vaccinando /del genitore/del rappresentante legale:

Professionisti sanitari dell’equipe vaccinale ²	
Cognome e Nome (Medico):	Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):
<i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i>	<i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i>
Firma:	Firma:

***Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679):** i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall’ art.15 della medesima norma.*

Documenti allegati:

- MODULO TRIAGE PREVACCINALE (Allegato B)
- MODULO DELEGA (Allegato C)
- MODULO MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO (Allegato D)
- MODULO DICHIARAZIONE GENITORE (Allegato E)
- altro: _____

Segue riepilogo “Dettagli operativi della vaccinazione”, da compilarsi a cura del professionista sanitario dell’equipe vaccinale.

² *La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio del vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.*

Dettagli operativi della vaccinazione _____ (a cura del professionista sanitario)												
<i>Tipo Vaccino</i>	<i>Dose</i>		<i>Sede di inoculo</i>		<i>Lotto</i>	<i>Scadenza</i>	<i>Sede vaccinale</i>	<i>Data e ora inoculo</i>	<i>Osservazione post vaccino</i>			<i>Firma del sanitario</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>Deltoide DX</i>	<i>Deltoide SX</i>					<i>15 min</i>	<i>30 min</i>	<i>60 min</i>	
<i>Vaccino anti HPV Gardasil 9</i>												
<i>Vaccino anti Meningococco B Trumenba</i>												
<i>Vaccino anti Meningococco ACYW135 Nimenrix</i>												

ANAMNESI PRE-VACCINALE			
(da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale)			
Cognome e Nome	SI	NO	NON SO
Data e luogo di nascita			
Telefono			
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?			
Se si, specificare: _____			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Se si, specificare: _____			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (adesempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni ?			
Se si, specificare: _____			
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Per le donne: sta allattando?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Se si, specificare: _____			
Altre patologie da cui è affetto: _____			
Terapia farmacologica che sta assumendo: _____			

ANAMNESI COVID-CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
<i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i>			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
<i>Ha effettuato un Test COVID-19?</i>			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19 (Data.....)			
Test COVID-19 Negativo (Data.....)			
Test COVID-19 Positivo (Data.....)			

Data e luogo:

Firma del vaccinando/genitore/rappresentante legale:

Firma della vaccinando/genitore/rappresentante legale: