

# Vaccinazione Antinfluenzale - Modulo di consenso

Cognome Ospite: \_\_\_\_\_

Nome Ospite: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

## RAPPRESENTANTE LEGALE /FAMIGLIARE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

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

Telefono: \_\_\_\_\_

Familiare

AdS/Tutore

- ✓ 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 rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.
- ✓ Ho compilato/risposto alle domande della Scheda Anamnestica in modo veritiero.
- ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- ✓ Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino EFLUELDA 10

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma Utente/Rappresentante Legale/Famigliare \_\_\_\_\_

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_