

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

Data

Io sottoscritto/a

In relazione alla vaccinazione/i

alla quale in data odierna mi sottopongo

dichiaro:

- di avere avuto in anticipo sufficienti informazioni sulle malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i sopra indicata/e
- di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente sulle malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i sopra indicata/e
- di avere avuto informazioni sulla necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 20 minuti, dopo la/e vaccinazione/i e di comunicare eventuali reazioni avverse.
- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio stato attuale di salute

Pertanto,

ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA/E VACCINAZIONE/I

Firma

.....

ANAMNESI PRE VACCINALE

Data

Cognome Nome

Nato a Il

Negli ultimi giorni ha avuto una malattia acuta con febbre?	SI	NO	
Ha o ha avuto una malattia neurologica?	SI	NO	
Ha o ha avuto una malattia con deficit immunitari?	SI	NO	
Ha avuto una sindrome di Guillain Barré?	SI	NO	
Ha una malattia della coagulazione?	SI	NO	
Negli ultimi tre mesi ha assunto in continuità per almeno 15 giorni CORTISONICI ad alte dosi ANTINEOPLASTICI o sottoposto a terapie radianti?	SI	NO	
Nell'ultimo anno ha ricevuto una trasfusione o immunoglobuline ?	SI	NO	
Ha avuto allergie gravi (anafilassi) ad alimenti, farmaci o vaccini?	SI	NO	
Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni ?	SI	NO	

Firma