

# Consenso informato alla vaccinazione

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

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

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

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**In caso di minore / soggetto incapace (dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale):**

Genitore (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

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

Genitore (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

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

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

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

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

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 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 (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;

in caso di minori:

- 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 **ACCONSENTIRE / NON ACCONSENIRE le seguenti vaccinazioni proposte:**

	Acconsento	Non acconsento	Firma
<input type="checkbox"/> Vaccino			
<input type="checkbox"/> Vaccino			
<input type="checkbox"/> Vaccino			

Il rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie ai sensi della L. 119/2017 prevede l'avvio del percorso formale di recupero vaccinale con le modalità regolate dal Decreto Regione Lombardia n.11176 del 15/9/2017.

**Firma del vaccinando/del genitore o legale rappresentante** \_\_\_\_\_

### Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/e vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando. 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 con soddisfazione dall'utente.

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

**Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario** \_\_\_\_\_