

REVOCA CONSENSO INFORMATO ALL'IMMUNIZZAZIONE

Nome e Cognome dell'utente _____

Codice fiscale: _____

Nato/a _____ il ____/____/____

IN CASO DI MINORE/SOGGETTO INCAPACE inserire i dati identificativi dei genitori o del Rappresentante**Legale:**

❖ Padre: _____ nato a _____ il ____/____/____

Madre: _____ nata a _____ il ____/____/____

❖ Rappresentante Legale: _____ nato a _____ il ____/____/____

☐ TUTORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ADS) * ☐ CURATORE*

* Firma anche l'utente se il rappresentante è un curatore oppure in caso di ADS in assistenza (non in rappresentanza)

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 immunizzazione/i e loro **via di somministrazione**;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della/e immunizzazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata immunizzazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla immunizzazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente dissenso in qualsiasi momento;

IN CASO DI SOGGETTO MINORENNE:

- ☐ **di aver acquisito il parere dell'altro genitore** assente ed impossibilitato a presenziare nella giornata odierna il quale mi ha dichiarato che, relativamente all'effettuazione della/e immunizzazione/i, non acconsente alla somministrazione delle stesse
- ☐ **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **REVOCARE** il consenso informato già fornito per
le seguenti immunizzazioni

MODULO DI REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO ALL'IMMUNIZZAZIONE

	Numero dose	Firma
☐ Differite-Tetano-Perosse		
☐ Differite-Tetano-Perosse-Poliomielite		
☐ Esavalente		
☐ Meningococco ACWY		
☐ Meningococco B		
☐ Morbillo-Parotite- Rosolia		
☐ Morbillo-Parotite- Rosolia- Varicella		
☐ Varicella		
☐ Papilloma Virus (HPV)		
☐ Pneumococco coniugato		
☐ Pneumococco polisaccaridico		
☐ Rotavirus		
☐ Epatite A		
☐ Epatite B		
☐ Herpes Zoster		
☐ Virus Respiratorio Sinciziale (VRS)		
☐ Altre (specificare)		

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
dell'utente/del genitore/del rappresentante legale***

** In caso di curatore o in caso di ADS in assistenza (non in rappresentanza) Firma anche l'utente che riceve la profilassi*

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i profilassi/i accettata/e dall'utente, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

Per la/le profilassi/a proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, alle profilassi utilizzate e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata profilassi, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali.

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

Centro vaccinale di _____ Data ____/____/____