

CONSENSO INFORMATO AL CICLO DI PROFILASSI

Nome e Cognome dell'utente _____

Nato/a _____ il ___/___/_____

IN CASO DI MINORE/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 specifico (anche multilingue) sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto e/o colloquio con un medico operatore sanitario, **un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente**

- sulla **modalità di effettuazione** della/e profilassi e la **via di somministrazione** delle profilassi;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della profilassi nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata immunizzazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla profilassi;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e profilassi 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 ci si immunizza;

di essere stato/a invitata/o a trattenermi o trattenerne il soggetto profilassato, presso la sede di profilassi almeno per i **15 minuti** (o più secondo indicazioni fornite), successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico, in presenza di reazioni da ipersensibilità da farmaci;

di aver riferito corrette informazioni sul mio stato di salute o sullo stato di salute del soggetto profilassato;

IN CASO DI SOGGETTO MINORENNE O INCAPACE:

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 di profilassi

di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCONSENTIRE / NON ACCONSENIRE**
alle seguenti profilassi proposte

	Accenso	NON Accenso	Firma dell'utente
<input type="checkbox"/> Esavalente (difto-tetano-pertosse-polio-haemophilus-epatite B)			
<input type="checkbox"/> Anti Differite-Tetano-Pertosse-Poliomielite			
<input type="checkbox"/> Anti Differite-Tetano-Pertosse			
<input type="checkbox"/> Differite-Tetano			
<input type="checkbox"/> Anti Rotavirus			
<input type="checkbox"/> Anti meningococco B			
<input type="checkbox"/> Anti meningococco ACWY			
<input type="checkbox"/> Anti Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella			
<input type="checkbox"/> Anti Morbillo-Parotite-Rosolia			
<input type="checkbox"/> Anti varicella			
<input type="checkbox"/> Antipneumococco coniugato			
<input type="checkbox"/> Antipneumococco polisaccaridico			
<input type="checkbox"/> Anti Papilloma Virus			
<input type="checkbox"/> Anti polio salk			
<input type="checkbox"/> Anti epatite B			
<input type="checkbox"/> Anti epatite A			
<input type="checkbox"/> Anti-zoster (Fuoco di S. Antonio)			
<input type="checkbox"/> Anti amarillica (febbre gialla)			
<input type="checkbox"/> Anti tifica parenterale			
<input type="checkbox"/> Anti colerica			
<input type="checkbox"/> Anti rabbica			
<input type="checkbox"/> Anti encefalite giapponese			
<input type="checkbox"/> Anti encefalite da zecca			
<input type="checkbox"/> Anti dengue			
<input type="checkbox"/> Anti COVID			
<input type="checkbox"/> Anti influenza INIETTIVO			
<input type="checkbox"/> Anti influenza SPRAY NASALE VIVO ATTENUATO			
<input type="checkbox"/> Anti VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE			
<input type="checkbox"/> ALTRE			

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 SCHEDE INFORMATIVE 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.

Centro Vaccinale di _____

Timbro e Firma dell'Operatore Sanitario

Data ____/____/____
