

## Consenso informato alla vaccinazione antipneumococco

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

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

Il sottoscritt/la sottoscritta \_\_\_\_\_ 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 sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico operatore sanitario:

**un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

- sulla **modalità di effettuazione** della vaccinazione e la **via di somministrazione** del vaccino;
- 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 vaccinazione 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 malattia per cui si vaccina;

**di essere stato invitata/o a trattenere** il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i **venti 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;

- 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 **ACCETTARE la seguente vaccinazione**

**Antipneumococco** \_\_\_\_\_

**Firma del Vaccinando**

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA**

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione accettata dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

Per la vaccinazione proposta, è stata affrontata la tematica relativa alla rispettiva patologia, al vaccino utilizzato 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 alla vaccinazione.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

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

\_\_\_\_\_

Centro Vaccinale di \_\_\_\_\_

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