 CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE CONTRO L’INFLUENZA

Dati Anagrafici e Amministrativi dell’Assistito (Minore o Maggiorenne)

Cognome --------------------------------------------------------- Nome---------------------------------------------------

Sesso: 0 M 0 F Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di Appartenenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Iscrizione al Sistema Sanitario Regionale***

* S.S.R. della Regione Calabria : Codice Fiscale
* S.S.R. di altra Regione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare quale)
* Straniero Temporaneamente Presente (S.T.P.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NON** iscritto al alcun S.S.R.

Residente: 0 in Italia 0 all’Estero (se residente all’estero non va compilato l’indirizzo sottostante)

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. civico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore (e/o tutore) del minore

**Sopra indicato,** (cancellare se NON si tratta di vaccinazione su minore)

**Dichiara di essere stato debitamente informato dal dr**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Pediatra di Libera Scelta 0 Medico di Medicina Generale 0 Dirigente Medico ASP Catanzaro

con un colloquio orale esaustivo, sulla malattia influenzale………………..e sulla sua prevenzione.

In particolare, il suddetto Medico si è soffermato sulla vaccinazione antinfluenzale………………………………………………………………………..,in

tutti i loro aspetti (perché vaccinare, controindicazioni e precauzioni, effetti indesiderati.

Pertanto, ritenendomi pienamente soddisfatto delle informazioni ricevute circa i vantaggi e le possibili complicanze della

Vaccinazione………………………………………………………., acconsento alla sua effettuazione da parte del sopraindicato Medico:

0 a me medesimo 0 a mio/a figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre che prima di esprimere il consenso alla vaccinazione ho avuto il tempo necessario per decidere e l’opportunità di chiedere eventualmente informazioni ad altro Medico; che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente; che al Medico ho riferito le pregresse patologie di cui ho sofferto (nell’ipotesi di minore: di cui ha sofferto mio figlio/a), escludendo recenti stati di malattia e la recente sottoposizione a terapie desensibilizzanti che possono escludere un primo trimestre di gravidanza.

Acconsento al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della normativa sulla privacy.

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’interessato o genitore del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento ed al trasferimento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della normativa vigente sulla privacy in relazione al progetto ASP – CZ “Osserva – flu” sul monitoraggio della vaccinazione antinfluenzale Campagna Vaccinale in corso

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_