

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTI PAPPILLOMA VIRUS (HPV)

Cognome.....Nome..... Nato il.....

Tipo di documento.....n.....scadenza il/...../.....

1) sta bene il vaccinando?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) ha o ha mai avuto malattie importanti? Se si specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ha mai avuto convulsioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Con febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Senza febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci in continuità? Se si specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cortisonici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antineoplastici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altro:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue(trasfusioni, immunoglobuline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) è allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se si tratta di un vaccino o di un suo componente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ha avuto reazioni importanti dopo le precedenti vaccinazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se si specificare:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma del genitore del vaccinando		
Firma del responsabile Sanitario		

Io sottoscritto, genitore del minore, su generalizzato, dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulla vaccinazione proposta e di essere stato informato

▪ dei benefici dell'efficacia e dei rischi della vaccinazione in merito alla malattia, vaccino utilizzato, rischi di una mancata vaccinazione, controindicazioni e possibili effetti collaterali della vaccinazione stessa;

AUTORIZZO

l'effettuazione delle vaccinazioni contro il papilloma virus

- INTENDO PRESENZIARE ALLA VACCINAZIONE
 AUTORIZZO LA VACCINAZIONE IN MIA ASSENZA (BARRARE UNA DELLE DUE)

Lì.....

Firma dell'operatore sanitario somministrante

.....

Firma del genitore del vaccinando

Dichiaro che l'altro genitore è conseziante alla vaccinazione

.....