

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE - FACOLTATIVE

IMPORTANTE: - da portare con se e consegnare il giorno della vaccinazione
- in caso di minore è necessaria la firma di entrambi i genitori

San Marino, lì ____ / ____ / ____

Il/la sottoscritto/a _____ Cod. ISS _____

☐ in nome proprio ☐ in nome del/la MINORE (Art. 4 ultimo comma Legge n. 69/95)

in qualità di ☐ Madre ☐ Padre ☐ Delegato dai genitori (delega scritta) ☐ Tutore legale

Del/la minore _____

Nato/a il _____ Cod. ISS _____

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del/i legale/i rappresentante/i

Avendo avuto la proposta di sottopormi a procedura vaccinale, Il/la sottoscritto/a DICHIARA/DICHIARANO
sotto la propria responsabilità che tramite:

☐ **Materiale informativo** specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato/inviato in data
____ / ____ / ____ e di cui ho compreso il contenuto

☐ **Colloquio** con un Medico dal quale ho ottenuto i chiarimenti richiesti:

☐ Di essere stato/a/i adeguatamente informato/a/i e di aver compreso le modalità di somministrazione, le indicazioni, i vantaggi e i benefici conseguenti alla vaccinazione, il grado di efficacia le controindicazioni e gli eventuali effetti collaterali della/e vaccinazione/i e la probabilità del loro verificarsi, le possibili complicanze e la loro incidenza in relazione alla esperienza della pratica vaccinale nella R.S.M. e descritta in letteratura, nonché sui rischi della/e mancata/e vaccinazione/i e sulle possibili conseguenze del non trattamento ai sensi dell'art. 2 della Legge 23 Maggio 1995 n. 69.

☐ Di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di aver avuto la possibilità di ottenere i chiarimenti richiesti.

quindi consapevolmente mi determino ad ☐ **AUTORIZZARE** ☐ **NON AUTORIZZARE**

VACCINAZIONI RACCOMANDATE - FACOLTATIVE	<input type="checkbox"/> Anti Morbillo - Rosolia - Parotite con PRIORIX per le adolescenti e/o nubende non precedentemente vaccinate	<input type="checkbox"/> Anti epatite A con HAVRIX
	<input type="checkbox"/> Antirabbica per categorie a rischio con RABIPUR	<input type="checkbox"/> Anti varicella con VARILRIX
	Antipneumococcica con <input type="checkbox"/> PREVENAR 13 con <input type="checkbox"/> PNEUMOVAX	<input type="checkbox"/> Anti influenzale stagionale
	Antimeningococcica con <input type="checkbox"/> MENVEO con <input type="checkbox"/> NIMENRIX con <input type="checkbox"/> BEXSERO	<input type="checkbox"/> Anti tifo
	<input type="checkbox"/> Anti epatite B per categorie a rischio e adolescenti non precedentemente vaccinati	<input type="checkbox"/> Anti herpes zoster
	<input type="checkbox"/> Anti epatite B con FENDRIX per categorie a rischio	<input type="checkbox"/> Pfizer BioNTech - Covid - 19
	<input type="checkbox"/> Anti tetano di richiamo con IMOVAX TETANO	<input type="checkbox"/> Anti Morbillo - Rosolia - Parotite - Varicella
	<input type="checkbox"/> Anti difterite-tetano-pertosse con DPT BOOSTRIX	<input type="checkbox"/> Altre: _____
	<input type="checkbox"/> Anti papilloma virus umano con GARDASIL 9	_____

U.O.C. _____

Data ____ / ____ / ____

INFORMATIVA

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/e vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando, attraverso schede informative dettagliate e colloquio informativo quando richiesto.

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

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

Timbro e Firma del Medico _____

Ho/abbiamo letto, mi/ci è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la nota informativa di cui ricevo copia.

Firma per accettazione del/la/i Richiedente/i
In caso di minore di entrambi i genitori o
tutore/i legale/i

REVOCA

Il sottoscritto /a/i _____ Cod. ISS _____

_____ Cod. ISS _____

in data ____ / ____ / ____

dichiarano di voler **REVOCARE**

il consenso già prestato per l'autorizzazione alla/e vaccinazione/i sopra specificate

In caso di mancata autorizzazione o di revoca a precedente autorizzazione, si presenta domanda di obiezione alle vaccinazioni ai sensi dell'articolo 7 della Legge n. 23 Maggio 1995 n. 69.

Firma leggibile del/la/i Genitore/i Tutore Legale _____
