

## 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**

|                                                |                                                                                                                                                                                   |                                                                 |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>VACCINAZIONI RACCOMANDATE - FACOLTATIVE</b> | <input type="checkbox"/> <b>Anti Morbillo - Rosolia - Parotite con PRIORIX</b><br>per le adolescenti e/o nubende non precedentemente vaccinate                                    | <input type="checkbox"/> <b>Anti epatite A con HAVRIX</b>       |
|                                                | <input type="checkbox"/> <b>Antirabbica per categorie a rischio con RABIPUR</b>                                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>Anti varicella con VARILRIX</b>     |
|                                                | <b>Antipneumococcica con</b> <input type="checkbox"/> <b>PREVENAR 13</b><br><b>con</b> <input type="checkbox"/> <b>PNEUMOVAX</b>                                                  | <input type="checkbox"/> <b>Anti influenzale stagionale</b>     |
|                                                | <b>Antimeningococcica con</b> <input type="checkbox"/> <b>MENVEO</b><br><b>con</b> <input type="checkbox"/> <b>NIMENRIX</b><br><b>con</b> <input type="checkbox"/> <b>BEXSERO</b> | <input type="checkbox"/> <b>Anti tifica orale con VIVITIF</b>   |
|                                                | <input type="checkbox"/> <b>Anti epatite B</b><br>per categorie a rischio e adolescenti non precedentemente vaccinati                                                             | <input type="checkbox"/> <b>Anti herpes zoster con ZOSTAVAX</b> |
|                                                | <input type="checkbox"/> <b>Anti epatite B con FENDRIX</b> per categorie a rischio                                                                                                | <input type="checkbox"/> <b>Pfizer BioNTech - Covid - 19</b>    |
|                                                | <input type="checkbox"/> <b>Antitetanica di richiamo con IMOVAX TETANO</b>                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <b>Covid - 19 Vaccine Moderna</b>      |
|                                                | <input type="checkbox"/> <b>Antidifta-tetanica-pertosse con DPT BOOSTRIX</b>                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <b>Altre:</b> _____                    |
|                                                | <input type="checkbox"/> <b>Papilloma virus umano con GARDASIL 9</b>                                                                                                              | _____                                                           |

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

#### 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 \_\_\_\_\_