

ANAMNESI PREVACCINALE E CONSENSO INFORMATO

PER VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Io sottoscritto:

NOME E COGNOME DEL GENITORE

Nato a(.....) il

chiedo per mio figlio/a Nome Cognome

la somministrazione di vaccino antinfluenzale.

Informazioni relative allo stato di salute del bambino:

Presenza di malattie acute e/o febbrili in atto.....	Sì	NO
È immunodepresso	Sì	NO
Ha avuto problemi neurologici.....	Sì	NO
Reazioni dopo vaccinazione antinfluenzale in passato.....	Sì	NO
Reazione allergica severa (anafilassi) a uova/proteine delle uova.....	Sì	NO
Allergia a Gentamicina.....	Sì	NO
Allergia a gelatina porcina o altri additivi.....	Sì	NO
È in terapia con salicilati (es. Aspirina).....	Sì	NO
È in terapia con steroidi ad alte dosi.....	Sì	NO
Ha effettuato vaccino MPRV da meno di un mese.....	Sì	NO
Ha recentemente assunto antivirali.....	Sì	NO
Altre informazioni ritenute rilevanti:		

Dichiaro di aver ricevuto informazioni:

- sul vaccino antinfluenzale FLUENZ
- sui benefici e potenziali rischi del vaccino
- sulla necessità di trattenermi nei pressi dell'ambulatorio per 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate

Dichiaro di:

- aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente (nel caso di presenza di un unico genitore).

PERTANTO ESPRIMO IL MIO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

(Delego ad accompagnare mio figlio: NOME COGNOME.....)

FIRMA del genitore: X

Firma del medico

Data/...../.....