

## 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 ...../...../.....