

Allegato A sub 3 – Modulo di consenso alla vaccinazione anti-influenzale della popolazione target

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE DELLA POPOLAZIONE TARGET

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria:	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota e ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “ _____ ”.

Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici e i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.
Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
Accetto di rimanere nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino “ _____ ”.

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino _____

Professionista Sanitario

Nome e Cognome (Farmacista) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

Data _____

ELENCO QUESITI

Dati personali	
Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:

Hai già ricevuto la somministrazione di un'analogia tipologia di vaccino?	SÌ	NO	NON SO
Se sì, quale/i?			

Modulo standard di triage prevaccinale			
Attualmente è malato?	SÌ	NO	NON SO
Ha febbre?	SÌ	NO	NON SO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci, ad altre sostanze o ai componenti del vaccino?	SÌ	NO	NON SO
Se sì, specificare:			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SÌ	NO	NON SO
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione?	SÌ	NO	NON SO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SÌ	NO	NON SO
Negli ultimi sei mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	SÌ	NO	NON SO
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	SÌ	NO	NON SO
Ha avuto disturbi neurologici, epilessia o convulsioni?	SÌ	NO	NON SO
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	SÌ	NO	NON SO
Se sì, quale/i?	SÌ	NO	NON SO
Per le donne: è in gravidanza o sta pensando di avviare una gravidanza nel mese successivo alla somministrazione?	SÌ	NO	NON SO
Per le donne: sta allattando?	SÌ	NO	NON SO
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	SÌ	NO	NON SO

Firma (per esteso leggibile)

Data

Le Note Informative relative ai vaccini somministrati, costantemente aggiornate dal Ministero della Salute – AIFA, sono disponibili presso la Farmacia in cui si effettua la vaccinazione.