**MODULO DI ANAMNESI MINORI PER LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE**

**CAMPAGNA VACCINALE 2020/21**

**Data** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **Istituto Scolastico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**

|  |
| --- |
| * Antinfluenzale vaccino vivo attenuato Spray nasale
 |

**COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Oggi il ragazzo sta bene? |  sì no  |
| 2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? |  no sì  |
|  Se si, il quadro neurologico è stabilizzato? |  no sì  |
| 3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario  (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da HIV ecc.)Se si, specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  no sì  |
| 4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con:* Cortisonici per via sistemica
* Farmaci antineoplastici (ANTITUMORALI)
* Terapia radiante
 |  no sì  no sì  no sì  |
| 5) Nell’ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue  (trasfusioni o immunoglobuline)? |  no sì  |
| 6) E’ allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? |  no sì  |
| Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche ad alimenti, vaccini o a componenti degli stessi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  no sì  |
| 7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni? |  no si  |
| 8) (Per le ragazze). E’ possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese? |  no si  |
| **Notizie fornite dal Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Firma dell’operatore sanitario (che valuta e raccoglie anamnesi)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE**

**CAMPAGNA VACCINALE 2020/21**

**Nome e Cognome del vaccinando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale**

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Identificato tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**\_**l\_ sottoscritt\_/\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

**di aver ricevuto** tramite

* materiale informativo specifico sull’argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
* di aver avuto notizia della possibilità di scrivere alla casella email dcoppetti @asst-rhodense.it per eventuali chiarimenti sulla vaccinazione

**un’informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

* sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
* sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
* sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
* sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
* sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
* sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

Di essere a conoscenza che la procedura vaccinale prevede un tempo di osservazione di venti **minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

**di aver riferito corrette informazioni** sullo stato di salute del vaccinando;

* di **aver acquisito l’assenso dell’altro genitore** il quale è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;
* di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi **ACCONSENTO / NON ACCONSENTO all’esecuzione delle seguenti vaccinazioni proposte:**

(apporre un X nella casella Acconsento e una firma nello spazio apposito)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Acconsento** | **firma** |
| Antinfluenzale vaccino vivo attenuato Spray nasale  |  |  |

**Firma del genitore/del legale rappresentante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa**

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando,

Per la/le vaccinazione/a 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 e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie.

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

**Firma leggibile del medico/dell’operatore sanitario**

sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_