

DISTRETTO DI \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

#### In caso di minore (dati identificativi dei genitori )

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

#### In caso di soggetto incapace:

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

Identificato tramite \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_, 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 (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

**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** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di 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 stato invitata/o a trattenermi** il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

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

**Dichiarazione di consenso informato**

di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, 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 di **ACCETTARE le seguenti vaccinazioni**

**Esavalente** \_\_\_\_\_

**Anti Differite-Tetano** \_\_\_\_\_

**Anti Differite-Tetano-Pertosse-Poliomielite** \_\_\_\_\_

**Anti Morbillo-Parotite- Rosolia** \_\_\_\_\_

**Antimeningococco** \_\_\_\_\_

**Antipneumococco** \_\_\_\_\_

**Anti Papilloma Virus** \_\_\_\_\_

**Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)**

**Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante**

\_\_\_\_\_

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI  
(ai fini del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196)**

Il/La sottoscritto/a .....preso atto di quanto previsto dall'informativa ai sensi della legge sulla privacy, autorizza gli operatori sanitari dell'ASL Milano1 a raccogliere, registrare, utilizzare i dati personali di questa scheda, ai soli fini amministrativi, di prevenzione, diagnosi, cura ed a scopo scientifico purché sia assicurata la riservatezza degli stessi ai sensi della normativa vigente.

Data ..... Firma leggibile .....

**Informativa**

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

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.

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

**Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario**

\_\_\_\_\_

Centro Vaccinale di \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_