Regione Lombardia

Consenso informato alla somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale

Nome e Cognome del bambino: _____
Codice fiscale: _____
Nato/a _____ il___/___/_____

Inserire i dati del vaccinando minorenne

In caso di minore / soggetto incapace (dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale):

- ❑ Genitore (Nome e Cognome): _____
  nato a _____
- ❑ Genitore (Nome e Cognome): _____
  nato a _____ il___/___/_____
- ❑ Rappresentante Legale (tutore o altro): _____
  nato a _____ il___/___/_____

Inserire i dati di entrambi i genitori del vaccinando minorenne

Identificato tramite _____ rilasciato da _____ il___/___/_____

__I__ sottoscritt_/_____ole d
e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione
effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso
corrispondenti a verità,

Inserire i dati del genitore del vaccinando minorenne che compila il modulo di consenso

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 e/o tramite colloquio con un medico/operatore sanitario **un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

- sulla modalità di effettuazione della somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale e sulla via di somministrazione;
- sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale nonché delle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata immunizzazione;
- sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale;
- sugli eventuali effetti collaterali della somministrazione di vaccino/anticorpo monoclonale 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 immunizza;

di essere stato/a invitato/a a trattenermi presso l'Ambulatorio per i **quindici minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da farmaci;

di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del bambino;

Regione Lombardia

Spuntare la casella in caso di genitori concordi sull'esecuzione dei vaccini al proprio figlio minorenne

in caso di minori:

- ❑ 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;
- ❑ di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

Spuntare la casella in caso di unico genitore

e quindi di **ACCONSENTIRE / NON ACCONSENTIRE le seguenti somministrazioni proposte:**

VACCINO/ANTICORPO MONOCLONALE	Acconsento	Non acconsento	Firma
❑ _____			
❑ _____			
❑ _____			
❑ _____			
❑ _____			
❑ _____			

Inserire per esteso la/le vaccinazione/i per la/e quale/i è stato convocato il vaccinando minorenne

Esprimere con una **X** il consenso/dissenso alla vaccinazione

Inserire una **firma** per ciascuna vaccinazione proposta

Il rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie ai sensi della L. 119/2017 prevede l'avvio del percorso formale di recupero vaccinale con le modalità regolate dal Decreto Regione Lombardia n.11176 del 15/9/2017.

Firma del genitore/legale rappresentante _____

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sull'immunizzazione proposta. Per l'immunizzazione proposta sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, al farmaco utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata immunizzazione, 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.

CENTRO VACCINALE DI _____

Data __/__/_____

Timbro e Firma dell'operatore sanitario_____