AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

MODULO MINORI

MODULO CONSENSO ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL PAPILLOMAVIRUS
ANAMNESI PREVACCINALE

Dati del vaccinando

Cognome..... Nome.....

Nat_ a..... il ...../...../..... CF.....

Residenza.....Tel .....

MMG/PLS..... Tel .....

- **Sta bene?** Si ☐ No ☐
- **È stato ricoverato?** No ☐ Si ☐

  Se si specificare: Per immunodeficienza? .....

  Per patologia neurologica?.....

  Per altra patologia? .....

- **Malattie negli ultimi 30 gg.?** Si.☐ ..... No☐
- **Ha mai avuto convulsioni?** No ☐ Si ☐ Con febbre ☐ Senza febbre ☐
- **Assume farmaci con continuità?** No ☐ Si ☐

  Antinfiammatori ..... Antibiotici .....

  Antiepilettici .....Sedativi .....

- **Cortisonici** ....Altro ..... Da quanto tempo? .....
- **Ha ricevuto trasfusioni o IgG?** No ☐ Si ☐ Quanto tempo fa? .....
- **È allergico?** No☐ Si☐ ..... antibiotici (neomicina, kanamicina,)
  proteine del latte.....Altro.....
- **Ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni?** No ☐ Si ☐

  Locali .....

  Generali lievi .....

  Generali gravi .....

Ha effettuato vaccinazioni nei precedenti 15 giorni? No ☐ Si ☐

- Vaccino .....

Firma del/i genitori/tutori/affidatari

.....

.....

CONSENSO INFORMATO

Dati dei genitori/tutori/affidatari

Il/La sottocritt_ .....nella qualità di genitore/tutore/affidatario C.I. n.....dichiara di avere letto e compreso il materiale informativo fornito, elaborato secondo le linee guida della Regione Siciliana (GURS Sup Ord parte I n. 47/2006 e s.m.), consistente nelle indicazioni del " Calendario Vaccinale per la Vita" della Regione Siciliana (D.A. n. 1965 del 10 ottobre 2017) e la scheda tecnica autorizzativa della vaccinazione, contenente indicazioni sugli effetti benefici, effetti collaterali, reazioni avverse.

Il/La sottocritt_ .....nella qualità di genitore/tutore/affidatario C.I. n.....dichiara di avere letto e compreso il materiale informativo fornito, elaborato secondo le linee guida della Regione Siciliana (GURS Sup Ord parte I n. 47/2006 e s.m.), consistente nelle indicazioni del " Calendario Vaccinale per la Vita" della Regione Siciliana (D.A. n. 1965 del 10 ottobre 2017) e la scheda tecnica autorizzativa della vaccinazione, contenente indicazioni sugli effetti benefici, effetti collaterali, reazioni avverse.

☐ AUTORIZZA/NO

La vaccinazione del minore..... nat_ a.....il.....

che sarà effettuata il _____ presso l'Istituto Scolastico

Firma Firma

....

Autorizzano che i dati sensibili vengano utilizzati per gli usi consentiti dalla legge 196/2003 (legge sulla privacy e s. m.) ai fini sanitari

Firma Firma

....

DA COMPILARE NEL CASO DELLA SOTTOSCRIZIONE DI UN SOLO GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità neglui atti e l'uso di dati falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti in materia.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità quanto segue:

di avere acquisito l'assenso dell'altro genitore alla vaccinazione o di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale ai sensi della normativa vigente.

Data Firma

....

Professionista Sanitario Inoculatore

Nome e Cognome (Medico o altro professionista Sanitario)_____

Data _____ Firma _____