

Consenso informato per somministrazione vaccino _____

Cognome	Nome
Data di nascita	Data esecuzione vaccinazione

Ho riferito al medico presente in sede vaccinale 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 ed i rischi della vaccinazione, le modalità di somministrazione, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto al completamento della vaccinazione. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio medico curante e seguirne le indicazioni. Accetto di rimanere in osservazione per almeno 15 minuti o secondo altre indicazioni del medico vaccinatore, dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

BRACCIO sede di inoculazione

DESTRO

SINISTRO

Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale _____

Rifiuto la somministrazione del vaccino

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale _____

Professionisti sanitari dell'Equipe vaccinale della Casa della Salute

Il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione dopo essere stato adeguatamente informato.

Nome e cognome del **medico** _____

Firma _____

Nome e cognome dell'**infermiere** _____

Firma _____