

VACCINAZIONE HERPES ZOSTER consenso informato Vaccino ZOSTAVAX **Beinasco, li**

Nome e Cognome	
Telefono	Età
Comune di residenza	

Ho riferito al medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione. Ho riferito eventuali allergie farmacologiche e/o alimentari. 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 alla vaccinazione. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà 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 che il personale sanitario mi indicherà, 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 _____

Professionisti sanitari dell'Equipe vaccinale della Casa della Salute

Beinasco via Orbassano 2/4 - Beinasco, li

Confermo che 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
