

**DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

genitore o tutore di \_\_\_\_\_

**delega** il Sig/la Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

ad accompagnare il proprio figlio/a per l'esecuzione della seguente **vaccinazione**:

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_

**Allegare alla presente delega, FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOCIMENTO del genitore/tutore e della persona delegata.**

**Modulo di consenso informato alle vaccinazioni**  
(da compilare IN OGNI SUA PARTE, nel caso di minore non accompagnato da genitore)

Il sottoscritto (genitore)		
genitore o tutore di (nome e cognome del minore)		
nato a (dati del minore)	Prov.	il

Intende sottoporre il minore alla profilassi **contro (barrare i vaccini a cui intende sottoporre il minore) :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> tetano  | <input type="checkbox"/> morbillo/parotite/rosolia           | <input type="checkbox"/> meningococco C            |
| <input type="checkbox"/> tetano/difterite  | <input type="checkbox"/> morbillo/parotite/rosolia/varicella | <input type="checkbox"/> meningococco B            |
| <input type="checkbox"/> tetano/difterite/pertosse   | <input type="checkbox"/> varicella                           | <input type="checkbox"/> men A,C,W,Y (MCV4)        |
| <input type="checkbox"/> tetano/difterite/pertosse/ poliomelite  | <input type="checkbox"/> rotavirus                           | <input type="checkbox"/> papilloma virus 9 valente |
| <input type="checkbox"/> poliomelite   | <input type="checkbox"/> pneumococco (PCV) 13                |  |
| <input type="checkbox"/> epatite B   | <input type="checkbox"/> influenza                           |  |
| <input type="checkbox"/> haemophilus influenzae  |  |  |
| <input type="checkbox"/> tetano/difterite/pertosse/ poliomelite/epatite B/ haemophilus influenzae (esavalente) |  |  |

**A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO, dal personale del servizio ambulatoriale interessato, dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi/ sottoporre il proprio figlio o la persona che rappresenta legalmente:**

- **benefici** attesi dalla vaccinazione sia personali che per la collettività;
- **caratteristiche** e possibili/probabili complicanze e sequele **della malattia** che si vuol prevenire;
- **caratteristiche del vaccino** impiegato, l'indicazione di utilizzo del prodotto e i gruppi di popolazione su cui sono stati effettuati gli studi di efficacia e / o sicurezza;
- **rischi** connessi con la vaccinazione, sia di carattere generale, che specifici per la persona in esame;
- **interventi** necessari in caso di reazioni avverse e/o complicanze;
- **necessità** di rimanere in sala di attesa per **almeno 30 minuti** a scopo precauzionale

**DICHIARA INOLTRE:**

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per l'esecuzione del vaccino;
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario di cui alla premessa ha avuto **il tempo necessario** per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazioni ad un medico di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
- **di aver compreso** quanto è stato illustrato dall'operatore;
- di aver riferito correttamente le informazioni sul proprio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute del proprio figlio o della persona che rappresenta legalmente.

**FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO AUTORIZZA** il trattamento sanitario di cui alla premessa, il trattamento dei dati sanitari e dei dati sensibili della persona sottoposta alla vaccinazione (D. Lgs 196/03 e successive modifiche).

**PERTANTO ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE SOPRAINDICATA**

Data.....

Firma leggibile del genitore/tutore del minore

**SENIGALLIA**  
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
**UOC ISP PREVENZIONE E SORVEGLIANZA**  
**DELLE MALATTIE INFETTIVE E CRONICO DEGENERATIVE**  
**Anamnesi Prevaccinale**

Il genitore/tutore fornisce le seguenti informazioni anamnestiche riguardanti il minore:

<b>Rispondere a tutte le seguenti domande</b>	
Il vaccinando sta bene oggi?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Il vaccinando o i suoi familiari (fratelli o genitori) ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il vaccinando è allergico a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il vaccinando ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il vaccinando ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il vaccinando ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? Se si specificare	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 6 mesi, il vaccinando ha attuato terapie di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stata sottoposta a radioterapia o dialisi? Se si Specificare	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il vaccinando è mai stata sottoposta ad interventi chirurgici?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il vaccinando ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Se donna, è in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza nel prossimo mese?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
<b>Da rispondere nel caso vengano effettuati vaccini vivi</b>	
Il vaccinando, nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline o antivirali?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il vaccinando vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il vaccinando vive con una donna in gravidanza?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
<b>Domande aggiuntive da rispondere nel caso il vaccinando sia un bambino fino ai 18 mesi di età</b>	
Il vaccinando è nato prematuro e/o di basso peso? ---> Settimane di nascita	Kg alla nascita
<b>Da rispondere nel caso vengano effettuati vaccini vivi</b>	
Il V ha avuto una invaginazione/intussuscezione intestinale?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Vi sono casi di immunodeficit congenito nei familiari (fra.lli/genit/nonni)?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Il V ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi? Se si, specificare	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
La madre ha ricevuto Tp immunosoppressive in gravidanza/allattamento?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
NOTE	

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario per presa visione \_\_\_\_\_