

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE
ANTINFLUENZALE**

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria:	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “.....”

Ho riferito al farmacista 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 e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.

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 nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Qualora non in possesso di informazioni/ documentazione certa in ordine a precedente analoga vaccinazione: Autorizzo il Farmacista a verificare, tramite la consultazione dell’applicativo WebApp di SIAVr (Anagrafe regionale vaccini) la presenza di pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini ☐ SI ☐ NO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “.....”.

Data e Luogo

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

.....

Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”

Data e Luogo

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

.....

Professionista Sanitario

Nome e Cognome (Farmacista)

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato

Firma