



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTI PAPILLOMA VIRUS (HPV)

data..../..../....

Dati identificativi del soggetto vaccinando:

Nome e Cognome

Nato/a Il/..../....

Tipo di documento.....n°.....scadenza il/..../....

Informativa al consenso:

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione anti papilloma virus (HPV).

Le informazioni sono state fornite attraverso un'attività di colloquio informativo e documentazione specifica. Per ogni vaccino sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione dello stesso, ai rischi e conseguenze di una mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi.

Timbro e Firma dell'operatore sanitario:

Dichiarazione del consenso informato

Io sottoscritto/a

DICHIARO

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulla vaccinazione proposta attraverso:
 - l'informativa fornita tramite scheda;
 - il colloquio con un medico/operatore sanitario;
- di essere stato informato:
 - dei **benefici dell'efficacia** e dei **rischi** della vaccinazione in merito alla malattia, vaccino utilizzato, rischi di una mancata vaccinazione, controindicazioni e possibili effetti collaterali della vaccinazione stessa;
 - di poter richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio al fine di poter acquisire ulteriori informazioni;
 - della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccinerà;

e quindi di:

ACCETTARE liberamente e in piena coscienza la vaccinazione proposta

NON ACCETTARE liberamente e in piena coscienza la vaccinazione proposta

Firma dell'interessato

.....

Timbro e Firma del medico/operatore sanitario

MARCHIO DEPOSITATO



SCHEDA ANAMNESTICA

DATA / /

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Sta bene oggi? | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
| 2) Ha o ha avuto malattie importanti?
Se sì, specificare se: | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
| malattia neurologica | <input type="checkbox"/> sì | |
| malattia con immunodeficienza | <input type="checkbox"/> sì | |
| 3) Ha mai avuto convulsioni?
Se sì, specificare se | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
| con febbre | <input type="checkbox"/> sì | |
| senza febbre | <input type="checkbox"/> sì | |
| 4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità?
Se sì, specificare se | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
| cortisonici ad alte dosi | <input type="checkbox"/> sì | |
| antineoplastici | <input type="checkbox"/> sì | |
| 5) Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante? | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
| 6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline? | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
| 7) È allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?
Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente? | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
| 8) È in gravidanza? | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
| 9) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?
Se sì, si è trattato di reazioni importanti?
Se sì, specificare | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì |
- (e compilare la scheda di segnalazione, di reazione avversa a vaccino se non ancora fatto)

Vaccinazioni proposte

Firma dell'operatore sanitario

MARCHIO DEPOSITATO