



## 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'informazione 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

Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi" Via Castelvetro, 32; 20154 Milano

Sede legale ASST Fatebenefratelli Sacco: via G.B Grassi, 74; 20157 Milano; CF e PI:09319690963





## SCHEDA ANAMNESTICA

DATA ...../...../.....		
1) Sta bene oggi?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
2) Ha o ha avuto malattie importanti?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se sì, specificare se:		<input type="checkbox"/> sì
malattia neurologica		<input type="checkbox"/> sì
malattia con immunodeficienza		<input type="checkbox"/> sì
3) Ha mai avuto convulsioni?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se sì, specificare se		<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?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se sì, specificare se		<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?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente?		<input type="checkbox"/> sì
8) È in gravidanza?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
9) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Se sì, si è trattato di reazioni importanti?		<input type="checkbox"/> sì
Se sì, specificare .....		
(e compilare la scheda di segnalazione, di reazione avversa a vaccino se non ancora fatto)		
Vaccinazioni proposte		
.....		
.....		
Firma dell'operatore sanitario		

MARCHIO DEPOSITATO