ASL BT

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
AREA VACCINAZIONI

MODULO DI CONSENSO PER LA VACCINAZIONE anti-PAPILLOMA VIRUS

A) sezione 1: DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A:

cognome _____ nome _____

luogo e data di nascita _____ c.f. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Media _____

B) sezione 2: DATI RELATIVI AI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente/domiciliato all'indirizzo _____

documento di riconoscimento _____ n. _____ del _____;

e il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente/domiciliato all'indirizzo _____

documento di riconoscimento _____ n. _____ del _____;

in qualità di: ☐ genitori ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno ☐ altro _____

del/della: ☐ minore ☐ interdetto ☐ incapace ☐ altro _____

dichiariamo che nostro figlio/a:

Notizie anamnestiche	SI'	NO	NON SO
Soffre di allergie (alimenti, farmaci, pollini, altro...)? Se SI', specificare a cosa _____ _____			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino in passato? Se SI', quale _____			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?			
Soffre di malattie cardiache, polmonari, renali, asma, diabete, anemia o altre malattie del sangue? Se SI', quali?_____			
Assume farmaci con continuità? Se SI', quali? _____			
Ha assunto cortisone per via sistemica o farmaci immunosoppressori nelle ultime due settimane?			

ASL BT

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
AREA VACCINAZIONI

	SI'	NO	NON SO
Ha avuto attacchi convulsivi o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? _____			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime quattro settimane? Se SI', quali? _____			
Nelle ultime due settimane, è stata in contatto con un positivo al SARS-Cov2 o affetta da COVID-19?			
Ha ricevuto il vaccino anti-COVID19? Se SI', data dell'ultima dose _____			

Si precisa che, ai sensi del D.L. n.196/03 (codice sulla privacy), i dati richiesti resteranno riservati ed utilizzati esclusivamente per il follow up vaccinale, l'aggiornamento delle schede personali e custoditi in sede.

DICHIARIAMO INOLTRE:

- di aver ricevuto informazioni con parole chiare e linguaggio semplice, in merito ai benefici e rischi delle vaccinazioni raccomandate nell'età adolescenziale;
- di essere consapevoli che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà nostra responsabilità informare immediatamente l'ufficio vaccinale zonale o il medico curante;
- di accettare di rimanere nella zona di attesa, per almeno 15 minuti dopo la vaccinazione, per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- di ☐ **acconsentire** ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino individuato per classe di età e nello specifico:

  ☐ vaccinazione anti-papilloma virus

- di ☐ **rifiutare** la somministrazione del vaccino:

  ☐ vaccinazione anti-papilloma virus

Andria, lì _____

Firme dei genitori, del tutore o del rappresentante legale che accettano/rifiutano le vaccinazioni:

_____ _____