

**AZIENDA USL DI PARMA**  
**VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2022-2023**

**ANAMNESI PREVACCINALE / CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

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

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

intendendo sottopormi alla vaccinazione anti-influenzale

**dichiaro di essere affetto dalle seguenti condizioni cliniche:**

- Malattie febbrili ed infettive in atto: SI  NO
- Allergie ad alimenti, farmaci o sostanze chimiche: SI  NO   
se si quali: \_\_\_\_\_
- Precedenti reazioni gravi o malattie neurologiche in seguito a vaccinazioni: SI  NO   
se si in seguito a quale vaccino: \_\_\_\_\_
- Malattie croniche di cuore, polmoni, reni, metabolismo, sangue (anemia): SI  NO   
se si quali: \_\_\_\_\_
- Malattie del sistema nervoso (convulsioni, malattie autoimmuni...): SI  NO
- Deficit immunitari, leucemia, neoplasie, AIDS: SI  NO
- Effettuazione di cure con alte dosi di cortisone o altri steroidi; di chemioterapia o di trattamenti con radiazioni negli ultimi 3 mesi SI  NO
- Per le femmine indicare se esiste stato di gravidanza: se sì Età Gestazionale: \_\_\_\_\_ SI  NO

**Essendo stato informato:**

- che alcune di tali condizioni possono costituire controindicazioni o precauzioni alla vaccinazione;
- circa gli eventuali rischi connessi alla somministrazione del vaccino (reazioni lievi generali quali: febbre, o locali quali: tumefazione e/o arrossamento e/o dolore; reazioni gravi quali: shock anafilattico, malattie dei nervi con disturbi della sensibilità e del movimento);
- della necessità di sostare per 30 minuti all'interno del Servizio/Ambulatorio vaccinale per evidenziare eventuali reazioni immediate al vaccino;

dichiaro di aver compreso quanto mi è stato spiegato in ordine alle mie condizioni cliniche e ai rischi connessi alla immunoprofilassi

ed  ESPRIMO /  NON ESPRIMO IL CONSENSO alla esecuzione della vaccinazione.

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Le informazioni sul trattamento dei dati per finalità di prevenzione sono consultabili sul sito [www.ausl.pr.it-sezioneprivacy](http://www.ausl.pr.it-sezioneprivacy)

**Firma dell'operatore sanitario**

**Firma dell'interessato**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_