



Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

dichiaro ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del DPR 445/2000 di essere

genitore/tutore di _____

nato a _____ il _____

consapevole di sottoporre mio figlio/a alla/e vaccinazione/i:

- ☐ Differite-Tetano ☐ Differite-Tetano-Pertosse ☐ Differite-Tetano-Pertosse-Polio ☐ Poliomielite
☐ Epatite A ☐ Epatite A+B ☐ Epatite B ☐ Morbillo-Rosolia-Parotite ☐ Varicella ☐ MPRV
Meningococco ☐ B ☐ C ☐ ACWY ☐ Pneumococco ☐ 13 ☐ 23 ☐ Emofilo b ☐ HPV ☐ 2 ☐ 4 ☐ 9
☐ Febbre gialla ☐ Rabbia ☐ Tifo orale ☐ Tifo iniettabile ☐ Colera orale
☐ Encefalite da zecche ☐ Encefalite giapponese ☐ Tubercolosi

dichiaro che mio figlio/a è affetto dalle seguenti condizioni cliniche:

- Malattie febbrili ed infettive in atto: SI ☐ NO ☐
- Allergie ad alimenti, farmaci o sostanze chimiche: SI ☐ NO ☐
se sì quali: _____
- Precedenti reazioni gravi o malattie neurologiche in seguito a vaccinazioni: SI ☐ NO ☐
se sì quali: _____
- Malattie croniche di cuore, polmoni, reni, metabolismo, sangue (anemia): SI ☐ NO ☐
se sì quali: _____
se si assume farmaci: _____
- 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 ☐
- Trasfusioni di sangue o iniezioni di immunoglobuline nell'ultimo anno: SI ☐ NO ☐
- Somministrazione di vaccini virali vivi nell'ultimo mese: SI ☐ NO ☐
- Per le femmine: stato di gravidanza o sospetto di gravidanza. E.Gestazionale ____ SI ☐ NO ☐

Essendo stato informato:

- che tali condizioni possono costituire controindicazioni/precauzioni alla vaccinazione;
- che gli eventuali rischi connessi alla somministrazione del vaccino sono: reazioni lievi generali quali: febbre e/o malessere, oppure locali quali: gonfiore e/o arrossamento e/o dolore e/o prurito nel punto di iniezione; reazioni gravi quali: shock anafilattico, malattie dei nervi con disturbi della sensibilità e del movimento;
- che nel mese successivo alle vaccinazioni per morbillo, rosolia, parotite, febbre gialla, varicella è opportuno evitare una gravidanza;
- che è necessario sostare per 30 minuti all'interno del Servizio vaccinale per evidenziare eventuali reazioni immediate al vaccino;

**dichiaro di aver compreso quanto mi è stato spiegato in ordine alle condizioni cliniche
di mio figlio/a e ai rischi connessi alla vaccinazione
ed ☐ ESPRIMO / ☐ NON ESPRIMO IL CONSENSO alla esecuzione della/e vaccinazione/i**

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

Luogo _____ Data _____

Firma dell'operatore sanitario

Firma del genitore o di chi ne fa le veci