



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 si quali: \_\_\_\_\_
- Precedenti reazioni gravi o malattie neurologiche in seguito a vaccinazioni: SI  NO   
se si quali: \_\_\_\_\_
- Malattie croniche di cuore, polmoni, reni, metabolismo, sangue (anemia): SI  NO   
se si 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](http://www.ausl.pr.it-sezioneprivacy)

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Firma dell'operatore sanitario**

**Firma del genitore o di chi ne fa le veci**