


Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Rhodense</b>	<b>Modulo all. 1A - Antinfluenzale</b> <b>PROPOSTA INFORMATATA ALLA VACCINAZIONE</b>	PRG - DIR n. 61 - Rev 00 SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTINFLUENZALE E PNEUMOCOCCICO AI PAZIENTI DEGENTI E AMBULATORIALI
DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIO SANITARIA	UOC Servizi alla Persona e Prevenzione Gestione Operativa	

<b>CAMPAGNA VACCINALE ANTINFLUENZALE 2020/21</b>  <b>PROPOSTA INFORMATATA ALLA VACCINAZIONE</b> <b>ANTINFLUENZALE</b>
--

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Dichiaro:**


- di aver correttamente riferito le informazioni sull'attuale stato di salute mio/di mio figlia/o o della persona che rappresento legalmente;
- di aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:
  1. informazioni sul vaccino ANTINFLUENZALE STAGIONALE anno 2020/21
  2. benefici e potenziali rischi della vaccinazione
  3. necessità di trattenermi nelle vicinanze dell'ambulatorio per almeno 15 minuti dopo la vaccinazione
  4. necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante (MMG-PLS)

**pertanto Esprimo**

	<i>Firma leggibile dell'interessata/o o del legale rappresentante del/la minore o della persona incapace</i>	<i>Firma leggibile dell'operatore sanitario</i>
<b>CONSENSO ALLA VACCINAZIONE</b>		
<b>DINIEGO ALLA VACCINAZIONE</b> PERCHE' GIÀ SOTTOPOSTO NEL CORSO DELLA STAGIONE 2020/21		
<b>DINIEGO ALLA VACCINAZIONE PER MOTIVI PERSONALI</b> (AD USO DEI DEGENTI)		

DATA \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Rhodense</b>	Modulo all. 2 <b>SCHEDA ANAMNISTICA PREVACCINALE</b>	PRG – DIR n. 61 Rev 00 <b>SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTINFLUENZALE E PNEUMOCOCCICO</b> <b>AI PAZIENTI DEGENTI E AMBULATORIALI</b>
	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIO SANITARIA	UOC Servizi alla Persona e Prevenzione Gestione Operativa

<b>CAMPAGNA VACCINALE ANTINFLUENZALE 2020/21</b> <b>SCHEDA ANAMNISTICA PREVACCINALE</b> <input type="checkbox"/> ANTINFLUENZALE <input type="checkbox"/> ANTIPNEUMOCOCCICA
--

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_

STA BENE OGGI?	<b>SI</b>	NO _____
Ha mai avuto malattie importanti?	<b>NO</b>	SI quali _____
Ha mai avuto convulsioni?	<b>NO</b>	SI, descrivere _____ Frequenza _____ Associate a _____
Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	<b>NO</b>	
Negli ultimi 6 mesi ha assunto farmaci continuativamente?	<b>NO</b>	
Nell'ultimo anno ha assunto terapia con cortisone o chemioterapia?	<b>NO</b>	
Ha mai manifestato allergie a qualche alimento, farmaco o vaccino?	<b>NO</b>	
altro	<b>NO</b>	

<b>Sede di inoculazione</b> <input type="checkbox"/> braccio dx <input type="checkbox"/> braccio sin	<b>Vaccino somministrato</b> <input type="checkbox"/>	<b>Spazio etichetta/lotto</b>
<input type="checkbox"/> braccio dx <input type="checkbox"/> braccio sin	<input type="checkbox"/>	<b>Spazio etichetta/lotto</b>
<b>Data compilazione</b>	<b>Firma operatore sanitario</b>	

<b>Valutazione del Medico</b> (In caso di anamnesi positiva)
<b>Firma del Medico</b>