

MODULO DI CONSENSO PER LA VACCINAZIONE OBBLIGATORIA anti-difterite/ tetano / pertosse / poliomielite

sezione 1: DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A:

cognome _____ nome _____

luogo e data di nascita _____ c.f. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Media _____

sezione 2: DATI RELATIVI AI GENITORI:

cell. _____

- 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
Attualmente è allergico a qualche componente di alimenti, farmaci, o altro? Se SI', specificare a cosa _____		
Ha mai avuto una <u>reazione grave</u> dopo una vaccinazione? Se SI', quale _____		
Soffre o ha sofferto di deficit del sistema immunitario?		
Soffre o ha sofferto di malattie cardiache, polmonari, neurologiche, 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? Se SI' quali _____ In quali date _____		

	SI'	NO
Ha mai avuto convulsioni?		
Se SI', specificare: ☐ con febbre ☐ senza febbre		
Ha ricevuto vaccinazioni, immunoglobuline o trasfusioni nelle ultime quattro settimane?		
Se SI', quali? _____		

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;

☐ **accettare** ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino previsto per classe di età e nello specifico:

anti DIFTERITE / TETANO / PERTOSSE / POLIOMIELITE

☐ **rifiutare** la somministrazione del vaccino:

anti DIFTERITE / TETANO / PERTOSSE / POLIOMIELITE

Andria, lì _____

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

MODULO DI CONSENSO PER LA VACCINAZIONE RACCOMANDATA anti-papilloma virus (HPV)

sezione 1: DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A:

cognome _____ nome _____
luogo e data di nascita _____ frequentante la classe 1^a sez. _____
della Scuola Media _____ telefono (genitore) _____

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
Attualmente è allergico a qualche componente di alimenti, farmaci, o altro? Se SI', specificare a cosa _____		
Ha mai avuto una <u>reazione grave</u> dopo una vaccinazione? Se SI', quale _____		
Soffre o ha sofferto di deficit del sistema immunitario?		
Soffre o ha sofferto di malattie cardiache, polmonari, neurologiche, 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? Se SI' quali _____ In quali date _____		

	SI'	NO
Ha mai avuto convulsioni?		
Se SI', specificare: ☐ con febbre ☐ senza febbre		
Ha ricevuto vaccinazioni, immunoglobuline o trasfusioni nelle ultime quattro settimane?		
Se SI', quali? _____		

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:

- di aver ricevuto informazioni con parole chiare e linguaggio semplice attraverso l'informativa acclusa, 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 10 minuti dopo la vaccinazione, per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;

DICHIARIAMO INOLTRE:

☐ **accettare** ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino previsto per classe di età e nello specifico:

☐ anti papilloma virus (HPV)

☐ **rifiutare** la somministrazione del vaccino:

☐ anti papilloma virus (HPV)

Andria, lì _____

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

MODULO DI CONSENSO PER LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE

☐ anti-meningite ACYW135 ☐ anti-meningite B

sezione 1 - DATI DELL'ALUNNO/A

cognome _____ nome _____

luogo e data di nascita _____ c.f. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Media _____

sezione 2 - DATI DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI cell. n. _____

- 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
Attualmente è allergico a qualche componente di alimenti, farmaci, o altro? Se SI', specificare a cosa _____		
Ha mai avuto una <u>reazione grave</u> dopo una vaccinazione? Se SI', quale _____		
Soffre o ha sofferto di deficit del sistema immunitario?		
Soffre o ha sofferto di malattie cardiache, polmonari, neurologiche, 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? Se SI' quali _____ In quali date _____		

	SI'	NO
Ha mai avuto convulsioni?		
Se SI', specificare: ☐ con febbre ☐ senza febbre		
Ha ricevuto vaccinazioni, immunoglobuline o trasfusioni nelle ultime quattro settimane?		
Se SI', quali? _____		

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:

- di aver ricevuto informazioni con parole chiare e linguaggio semplice attraverso l'informativa acclusa, 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;

DICHIARIAMO INOLTRE:

☐ **accettare** ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino previsto per classe di età e nello specifico:

☐ anti meningite ACYW135☐ anti meningite B

☐ **rifiutare** la somministrazione del vaccino:

☐ anti meningite ACYW135☐ anti meningite B

Andria, lì _____

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