



CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Dati dell'Ospite

_____ | _____
Cognome Nome

secco M F

nato/a il ___/___/___ a _____

accolto/a a tempo indeterminato determinato

presso la Residenza per Anziani Melitta Care in via Laura Conti 2/A a Bolzano

Questa informazione al consenso viene presentata a:

Ospite

eventualmente rappresentato da:

amministratore di sostegno tutore curatore altro: _____

_____ | _____
Cognome Nome

nato/a il ___/___/___ a _____

RACCOLTA INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE PRIMA DELLA VACCINAZIONE

negli anni scorsi si è già vaccinato contro l'influenza? NO SI

ha mai avuto reazioni allergiche dopo la vaccinazione? NO SI

se SI specificare quali: _____

ha malattie febbrili in corso? NO SI

negli ultimi 14 giorni è stato a contatto stretto con soggetti affetti da COVID-19? NO SI

E' attualmente sottoposto a misure di quarantena per COVID-19? NO SI

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

dichiaro di aver informato l'ospite o suo/sua rappresentante come sopra definito sulle condizioni cliniche e sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

Data ___/___/_____

Firma e timbro del medico

Io sottoscritto/a dichiaro:

- ✓ sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto;
- ✓ ho risposto alle domande sul mio stato di salute in modo veritiero;
- ✓ in presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni;
- ✓ accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- ✓ sono stato correttamente informato sulle Categorie di soggetti per le quali la vaccinazione antinfluenzale stagionale 2022/2023 è offerta gratuitamente ed erogata presso le Residenze per Anziani

Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione della vaccinazione antinfluenzale

Sono stato informato/a del fatto che in ogni caso potrò revocare il consenso che qui sto esprimendo.

Data ___/___/_____

Firma dell'Ospite o rappresentante

REGISTRAZIONE AVVENUTA SOMMINISTRAZIONE DELLA VACCINAZIONE

Sede di somministrazione: _____

Nome commerciale del vaccino: _____

Data esecuzione: ___/___/_____

Applicare fustella vaccino

Firma dell'Infermiere

Firma del Medico Vaccinatore