

Ambulatorio di _____

Il/la sottoscritto/a _____
In caso di minore o soggetto sotto tutela o in caso di fiduciario indicare le generalità del genitore/tutore/fiduciario
nato/a _____ il _____

Il/la sottoscritto/a _____
In caso di minore indicare le generalità dell'altro genitore (vivente)
nato/a _____ il _____

(1) in qualità di paziente

(2) in qualità di esercente/i la potestà sul minore

(3) in qualità di tutore*/amministratore*/fiduciario**

(*ALLEGARE COPIA DEL PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE)

**Persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di ricevere informazioni ed esprimere eventuale consenso (anche in sua vece) nel caso in cui decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute. Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tal senso e le generalità della persona incaricata (art. 1 comma 3 Legge 219/2017)

del paziente _____

nato/a _____ il _____

(scrivere a stampatello) Informato/a dal Dott. _____ matricola _____

DICHIARO

In relazione alla/e vaccinazione/i _____
(indicare il tipo di vaccinazione) _____

- di aver ricevuto informazioni sulla/e malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i sopra indicata/e anche con l'ausilio della lettura della documentazione messa a disposizione dalla A.S.P.;
- di aver ricevuto informazioni sui motivi che consigliano il trattamento vaccinale proposto e le conseguenze sulla mia salute/sulla salute di mio figlio/a sulla salute della persona che rappresento, in caso di dissenso alla vaccinazione;
- di aver avuto la possibilità di fare domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimento relativamente alla/e malattia/e da prevenire, caratteristiche del vaccino/i impiegato/i, benefici e potenziali rischi e complicanze della/e vaccinazione/i sopra indicata/e;
- di aver fornito correttamente le informazioni sullo stato attuale di salute mio/di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- di essere stato informato/a che in base all'anamnesi relativa alla mia salute/la salute della persona che rappresento, non ci sono controindicazioni note, ad oggi, nei confronti del/i vaccino/i proposto/i;
- di aver avuto informazioni sulla necessità di trattenermi/trattenere mio figlio/la persona che rappresento legalmente in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la/le vaccinazione/i e di dover comunicare eventuali reazioni avverse.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

REV 0.0 2023

- di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi all'atto sanitario, sia a quelli che potrebbero derivare in caso di rifiuto e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito

Preso atto della situazione illustrata, pertanto:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla/e vaccinazione/i sopra indicata/e

Data ___/___/___ ora ___

Firma e timbro del Medico _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale*/fiduciario** _____

Firma del 2° genitore _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE,
DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRESTATO IN PRECEDENZA AL TRATTAMENTO SANITARIO

Data ___/___/___ ora ___

Firma e timbro del Medico _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale*/fiduciario** _____

Firma del 2° genitore _____