

(SCRIVERE A STAMPATELLO)

In caso di presenza di uno solo dei genitori allegare autodichiarazione sulle motivazioni dell'assenza dell'altro genitore e fotocopia documento identità del dichiarante

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Genitore o esercente la potestà sul minore  
 Tutore/amministratore del minore

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Genitore o esercente la potestà sul minore

#### Dati del minore

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

essendo stato/i informato/i

dal Dott. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

ed avendo, dal medesimo, ricevuto l'apposito modulo "**Sintesi informativa alla profilassi farmacologica Virus Respiratorio Sinciziale**"

**Dichiara di essere stato/a informato/a** in modo comprensibile esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:

- modalità di effettuazione dell'immunizzazione passiva contro il VRS e la via di somministrazione degli anticorpi monoclonali;
- vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali dell'immunizzazione passiva contro il VRS nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- condizioni morbose che costituiscono indicazione assoluta alla immunizzazione passiva;
- eventuali effetti collaterali dell'immunizzazione passiva contro il VRS e sulla probabilità del loro verificarsi, nonché sulle possibilità e modalità del loro trattamento;
- possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per acquisire ulteriori informazioni tramite riferimenti indicati nella scheda informativa.

Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di dati falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi vigenti in materia dichiara sotto la propria responsabilità dichiara quanto segue:

- di aver riferito correttamente informazioni sullo stato di salute del vaccinando: le condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi (**patologie, allergie, terapie farmacologiche, ecc.**): \_\_\_\_\_

(compilare **sempre** a cura del medico)

- di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato



rev 0.1 2024

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867

## Consenso alla profilassi farmacologica Virus Respiratorio Sinciziale

(SCRIVERE A STAMPATELLO)

Preso atto della situazione illustrata, confermo di aver compreso le informazioni ricevute e pertanto:

**ACCONSENTE/NO**

**NON ACCONSENTE/NO**

Con scelta attuale e spontanea, **l'immunizzazione contro il VRS**

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il /i medico/i e con l'informativa ricevuta.

Firma e timbro del Medico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Presenza di interprete:  no  si (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Firma del 1° soggetto legittimato

Firma del 2° soggetto legittimato

---

### REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore o esercente la potestà sul minore

tutore/amministratore del minore

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore o esercente la potestà sul minore

Del minore sopra indicato, **REVOCA/NO il proprio consenso alla procedura proposta**

Firma e timbro del Medico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Presenza di interprete:  no  si (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Firma del 1° soggetto legittimato

Firma del 2° soggetto legittimato

***Al presente modulo deve essere allegata la nota informativa specifica relativa all'atto sanitario proposto***