STATO DELLA CITTÀ DEL VATICANO

GOVERNATORATO

DIREZIONE DI SANITÀ ED IGIENE

MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

1. DATI ANAGRAFICI DEL VACCINANDO (o del Legale Rappresentante)

Il/ la sottoscritto/a **Cognome:** _____ **Nome:** _____

Nato/a a: _____ **il**_____

Residente a: _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

Amministrazione di appartenenza: _____

CED: _____

(Compilare solo in caso di minore o soggetto sottoposto a tutela/curatela)

- In qualità di:

  ☐ Genitore

  ☐ Tutore

  ☐ Curatore / Amministratore di sostegno

- del/la Sig./ra:

  _____

- Documento di identità

  _____

2. SCHEDA DI VALUTAZIONE ANAMNESTICA (da compilare a cura del paziente/medico)

Domanda anamnestica	SI	NO
Ha attualmente la febbre o si sente malato/a oggi?	☐	☐
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	☐	☐
Ha mai manifestato la Sindrome di Guillain-Barré o altre malattie neurologiche entro 6 settimane da una precedente vaccinazione antinfluenzale?	☐	☐
Ha manifestato reazioni avverse severe dopo precedenti somministrazioni di vaccini antinfluenzali?	☐	☐
È allergica a farmaci, alimenti, lattico o altre sostanze?	☐	☐
Ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	☐	☐
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?	☐	☐
È mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?	☐	☐
Ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?	☐	☐
Se donna: è in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza nel prossimo mese?	☐	☐
È a conoscenza di stati di immunodeficienza congenita o acquisita, o assume terapie immunosoppressive?	☐	☐

3. DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- Di aver preso visione della nota informativa e di essere stato adeguatamente informato/a sui benefici, sui rischi, sulle modalità di somministrazione e sulle possibili reazioni avverse della vaccinazione antinfluenzale
- Di aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente alla vaccinazione;
- Di aver riferito correttamente le informazioni sui dati anagrafici e sulle condizioni di salute e di essere stato/a invitato/a a trattenermi presso l'Ambulatorio per **15 minuti** successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;
- **Di non aver effettuato vaccinazioni nei 90 giorni precedenti**
- Di aver letto e compreso l'informativa ex art 8 del Regolamento Generale sulla protezione dei Dati personali promulgato con Decreto dalla Pontificia Commissione per lo Stato della Città del Vaticano, N. DCLVII del 30 aprile 2024 e di aver compreso che tutti i dati saranno trattati nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal Regolamento sopracitato;

PERTANTO, ACCONSENTE AD ESSERE SOTTOPOSTO/A ALLA/E SEGUENTE/I VACCINAZIONE/I:

☐ Vaccino antinfluenzale INFLUVAC

☐ Vaccino antinfluenzale FLUAD

lotto n° ……../ scadenza ……/……/……

---

4. ESPRESSIONE DEL CONSENSO (Barrare la casella corrispondente)

Il sottoscritto, alla luce delle informazioni ricevute, esprime la propria volontà:

- ☐ **ESPRIMO IL CONSENSO** all'esecuzione della vaccinazione antinfluenzale con **vaccino INFLUVAC** (Vaccino split/subunità non adiuvato)
  (Nota: Indicato generalmente per adulti e bambini a partire dai 6 mesi di età)

- ☐ **ESPRIMO IL CONSENSO** all'esecuzione della vaccinazione antinfluenzale con **vaccino FLUAD** (Vaccino a subunità adiuvato con MF59C.1)
  (Nota: Indicato prioritariamente per soggetti di età pari o superiore a 65 anni o con specifiche fragilità).

- ☐ **RIFIUTO** l'esecuzione della vaccinazione antinfluenzale con vaccino **FLUAD** indicato e consigliato preferendo il vaccino INFLUVAC

BRACCIO sede di inoculazione DESTRO SINISTRO

Data: _____

Firma dell'assistito o del Legale Rappresentante
_____

Firma del Medico
_____

Firma dell'Infermiere
_____