

**VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE
MODULO DI CONSENSO**

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Residenza: _____ Telefono: _____

Tessera sanitaria: _____

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “ _____ ”
- Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- 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.
- 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.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “ _____ ”

Qualora non in possesso di documentazione certa di informazione di precedente vaccinazione analoga, autorizzo il Farmacista a verificare, tramite la consultazione dell'applicativo informatico, la presenza di pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccino

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale _____

Professionista Sanitario

Nome e cognome (Farmacista) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato

Firma _____