

## CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINAZIONI IN ADULTI

In data \_\_\_\_\_, io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARO

- di essere stato/a informato/a circa le caratteristiche, i vantaggi, i possibili effetti collaterali delle vaccinazioni che devo fare nonché di aver ricevuto informazioni sulla modalità di effettuazione delle vaccinazioni, sul sito di inoculo delle stesse e sulla tutela normativa in caso di reazioni avverse (Legge 210/1992);
- di essere stato/a informato/a che devo rimanere presso l'ambulatorio per i 20 (venti) minuti successivi alla somministrazione del vaccino;

e quindi **ACCONSENTO** alla somministrazione della

vaccinazione antinfluenzale

Firma dell'assistito

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a dichiaro che l'assistito/a è stato informato/a sulla/e vaccinazione/i per la/le quale/i ha espresso il proprio consenso, mediante colloquio, e garantisco che le principali informazioni necessarie per esprimere un'adesione consapevole sono state correttamente comunicate e recepite.

Firma del medico

\_\_\_\_\_

Medico Titolare

- Dr.ssa Daniela Cairo
- Dr. Bruno Ugo Fiorentino
- Dr. Alessandro Le Rose
- Dr.ssa Ingrid Lukacova