

Anamnesi prevaccinale e consenso informato per vaccinazione antinfluenzale 2020-21

Io sottoscritto Nome Cognome

Nato a Il

chiedo per mio figlio

la somministrazione di vaccino antinfluenzale.

Informazioni relative al suo stato di salute:

Presenza di malattie acute e/o febbrili in atto	SI	NO
E' immunodepresso	SI	NO
Ha avuto problemi neurologici	SI	NO
Reazioni dopo vaccinazione antiinfluenzale in passato	SI	NO
Allergia a uova o proteine di pollo, ovoalbumina	SI	NO
Allergia a Gentamicina	SI	NO
Allergia a Gelatina porcina o altri additivi	SI	NO
E' in terapia con salicilati (es. Aspirina)	SI	NO
E' in terapia con steroidi ad alte dosi	SI	NO
Ha assunto broncodilatatori nelle ultime 72 ore	SI	NO
Ha effettuato vaccino MMRV da meno di un mese	SI	NO
Ha recentemente assunto antivirali?	SI	NO

Altre informazioni ritenute rilevanti:

.....
.....

dichiaro che:

- né il bambino né l'accompagnatore sono in quarantena / isolamento
- entrambi non hanno avuto contatti con soggetti positivi al SARS-CoV-2 nelle ultime 2 settimane
- entrambi non hanno presentato sintomi compatibili con Covid-19 nelle ultime 72 ore

dichiaro inoltre di aver ricevuto informazioni:

- sul vaccino antinfluenzale 2020-2021 FLUENZ TETRA
- sui benefici e potenziali rischi del vaccino
- sulla necessità di trattenermi nei pressi dell'ambulatorio per 30 minuti dopo l'inoculo

PERTANTO ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

Il genitore

Il medico

Delego ad accompagnare mio figlio:

FIRMA