**CONSENSO INFORMATO alla VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE**

**espresso al Dott. FABRIZIO PAGANINI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ già vaccinato SI **NO**

dichiara:

* di essere un assistito della Dott.a Balti e di essere nato nel o prima del 1955
* di aver riferito correttamente, prima della vaccinazione, le informazioni sul mio attuale stato di salute;
* di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:
	1. informazioni sul vaccino antinfluenzale stagionale utilizzato VAXIGRIP
	2. benefici e potenziali rischi della vaccinazione;
	3. necessità di trattenermi in Aula Virga dopo la vaccinazione**,** per almeno **10 minuti** se sono alla prima vaccinazione**, 5 minuti** se sono già stato vaccinato gli scorsi anni
	4. necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al mio medico curante;

**PERTANTO, ESPRIMO CONSENSO ALL’ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE**

**SOPRA INDICATA**

*FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*INVERUNO, novembre 2020*