**CONSENSO INFORMATO alla**

**VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 21/22 espresso**

**al Dott. FABRIZIO PAGANINI o Dott. CLAUDIO GARAVAGLIA**

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

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assistito della Dott.a Balti o del Dott. Edres, vaccinato/a gli scorsi anni per **l’influenza NO**

SI con le seguenti reazioni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiaro:

* di essere nato nel o prima del **1956**
* di **non avere** in data odierna sintomatologia da infezione respiratoria (tosse, raffreddore, febbre) e di aver riferito correttamente informazioni sullo stato di salute
* di **non essere** sottoposto a misure di quarantena per COVID-19
* di **aver ricevuto informazioni** sui benefici e sui possibili effetti della vaccinazione e di aver avuto la possibilità di **fare domande** a cui sono state fornite risposte esaurienti
* di fermarmi in Aula Virga dopo la vaccinazioneper almeno **10 minuti**
* di comunicare eventuali **reazioni avverse** al mio medico curante;

pertanto

**ESPRIMO IL MIO CONSENSO A RICEVERE IL VACCINO ANTINFLUENZALE**

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA di chi riceve il vaccino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| * Vaxigrip | * Fluad Tetra | | * Fluarix |
| LOTTO VACCINO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Braccio: □ destro □ sinistro | |

*Medico che raccoglie l’anamnesi e che effettua la vaccinazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*