

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO  
AGGIORNAMENTO DELLO STATO DI SALUTE  
(da inviare solo nel caso di variazioni dello stato di salute)**

**Dati identificativi del soggetto vaccinando**

Nome.....Cognome.....

Nato/a a.....il ...../...../.....

Scuola di appartenenza.....Classe.....Sez. ....

**Dati identificativi del genitore o di chi ne fa le veci**

Nome.....Cognome.....

Nato/a a.....il ...../...../.....

Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../...../.....

Recapito telefonico.....

**Dichiarazione del consenso informato**

Il/La sottoscritto/a in qualità di padre  - madre  - tutore  - del vaccinando:

**DICHIARA**

- di aver ricevuto materiale informativo che gli/le è stato consegnato e di cui ha compreso il contenuto:
  - sulla modalità di esecuzione della vaccinazione e la via di somministrazione del vaccino;
  - sui vantaggi della vaccinazione nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
  - sulle condizioni che controindicano alla vaccinazione;
  - sugli eventuali effetti collaterali della vaccinazione e sulla probabilità del loro verificarsi, nonché sulle possibilità e modalità del loro trattamento;
  - sull'opportunità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio informativo;
- di aver ricevuto un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente sulla malattia e la vaccinazione;
- di essere stato/a informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal Regolamento UE 679/2016 (Tutela della privacy).

Il/La sottoscritto/a dichiara, quindi, di:

**Vaccinazione anti – papillomavirus (HPV):**

**ACCETTARE**

**NON ACCETTARE**

**Vaccinazione anti – meningococco (B):**

**ACCETTARE**

**NON ACCETTARE**

**Vaccinazione anti – meningococco (A,C,Y,W135):**

**ACCETTARE**

**NON ACCETTARE**

(pur essendo stato/a informato/a circa i rischi derivanti dalla mancata somministrazione)

**Il consenso si riferisce al ciclo vaccinale completo.**

Data...../...../..... Firma Genitore1<sup>a</sup> (1°firma).....

Firma Genitore2<sup>a</sup> (1°firma).....

## QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA RAGAZZO/A

(da compilare solo in caso di variazioni, a cura del genitore/tutore prima della vaccinazione)

### ANAMNESI PRE-VACCINALE

### AGGIORNAMENTO DELLO STATO DI SALUTE

1. Sta bene attualmente?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
2. Ha o ha avuto malattie importanti?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare quale malattia.....		
3. Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare.....		
4. Soffre o ha sofferto di deficit del sistema immunitario?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare.....		
5. Ha mai avuto convulsioni?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se:	con febbre	Sì <input type="checkbox"/>
	senza febbre	Sì <input type="checkbox"/>
6. Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare se:	cortisonici ad alte dosi	Sì <input type="checkbox"/>
	antineoplastici	Sì <input type="checkbox"/>
7. Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni o immunoglobuline?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, si è trattato di reazioni importanti?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Quali? .....		
9. È allergico a qualche componente di alimenti o farmaci?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare quali.....		
10. Per le adolescenti, vi è la possibilità che sia in gravidanza?	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Firma del genitore1 (2 <sup>a</sup> firma) _____		
Firma del genitore2 (2 <sup>a</sup> firma) _____		

**OPZIONALE:** Voglio essere presente alla seduta vaccinale di mio figlio/a presso l'istituto scolastico frequentato.

Firma del genitore1 (3<sup>a</sup> firma) \_\_\_\_\_

Firma del genitore2 (3<sup>a</sup> firma) \_\_\_\_\_

Si attesta di aver preso visione del consenso informato e di aver compreso le informazioni contenute nell'anamnesi pre-vaccinale a firma del genitore/tutore. La presente vale come Chiamata Attiva per HPV.

Firma del genitore1 (4<sup>a</sup> firma) \_\_\_\_\_

Firma del genitore2 (4<sup>a</sup> firma) \_\_\_\_\_

Data...../...../.....

Firma dell'Operatore Sanitario