

## Anamnesi e Consenso BAMBINI

**Dati anagrafici della persona da vaccinare:**

**Cognome e nome**..... **Sesso:** M  F   
**Nato/a a** ..... **il** ..... **Telefono:**.....  
**E-Mail** .....

**SCHEDA ANAMNISTICA PREVACCINALE**

Di seguito riportiamo alcune domande importanti per l'anamnesi, cioè per conoscere lo stato di salute del Vostro bambino, i farmaci che ha assunto, le malattie e gli interventi chirurgici che ha avuto. Vi chiediamo, quindi, di rispondere con attenzione. Se avete dubbi, potete chiedere spiegazioni al personale sanitario dell'ambulatorio vaccinale o al Vostro pediatra.

| DATA VACCINAZIONE   |   |  |
|---|---|--|
| VACCINAZIONE DA ESEGUIRE:   | Esavalente <input type="checkbox"/> DTPa <input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> MPR <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> Meningococco <input type="checkbox"/><br>Pneumococco <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Altro _____ | DOSE: _____  |
| 1) Sta bene oggi il bambino?  | SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 2) Ha o ha avuto malattie importanti?<br>Se sì, specificare se<br>- malattia neurologica (del sistema nervoso)<br>- malattia con immunodeficienza (es.: abbassamento delle difese immunitarie da tumori, infezioni da HIV, ecc.)                | SI <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 3) Ha mai avuto convulsioni?<br>Se sì, specificare se con febbre<br>senza febbre  | SI <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità?<br>Se sì, specificare se<br>- CORTISONICI ad alte dosi (se presi a dosi elevate questi farmaci abbassano le difese immunitarie)<br>- ANTINEOPLASTICI (farmaci usati contro i tumori) | SI <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 5) Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante (con radiazioni)?  | SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue, come una trasfusione o immunoglobuline?  | SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 7) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?<br>Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente?  | SI <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/>  | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?<br>Se sì, è stata una reazione importante?<br>Se sì, specificare _____  | SI <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/>  | NO <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> |
| 9) Ha eseguito altre vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?<br>Se sì, quale vaccino? _____  | SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 10) E' nato pretermine?   | SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |
| 11) E' in gravidanza?*  | SI <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/>                                |

\* Solo per soggetti in età fertile

**Informativa ai sensi della Lgs. 196/2003:** si informa che i dati personali e sensibili acquisiti, verranno trattati ai soli fini della prestazione eseguita.

Ai sensi dell'art. 81 della Lgs.196/2003, si acquisisce il consenso al trattamento dati in

forma orale (da barrare a cura del personale ATS).

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)

Padre (Cognome e Nome)..... nato a ..... il.....

Madre (Cognome e Nome)..... nato a..... il.....

In caso di soggetto incapace:

Rappresentante legale (tutore o altro) .....nato a.....il.....

identificato tramite..... rilasciato da.....il.....

..l. sottoscritt./.. ..... consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità

### DICHIARA sotto la propria responsabilità

#### di aver ricevuto tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario;

#### un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un **ulteriore colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;
- di essere a conoscenza che in caso di danni permanenti da vaccinazione è possibile fare richiesta di risarcimento (legge 210/1992);

**di essere stato invitato/a a trattenere** il minore vaccinato/trattenermi presso l'ambulatorio per **i venti minuti** successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini

#### di avere riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando:

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;
  - di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;
- e quindi di :

**ACCETTARE liberamente ed in piena coscienza le vaccinazioni proposte**

Firma del /dei genitore-i/ del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Attestazione del medico che, verificata l'anamnesi, acquisisce il consenso e verifica l'avvenuta comprensione da parte dei genitori/tutori delle informazioni ricevute.

Data, .....

Timbro e Firma del Medico .....