

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____

Cellulare n. _____

genitore del minore _____ nato il _____

genitore del minore _____ nato il _____

genitore del minore _____ nato il _____

dichiaro - di essere stato informato che Regione Lombardia in collaborazione con ATS Bergamo ha promosso attivamente una campagna vaccinale atta a somministrare a tutti i bambini il vaccino antinfluenzale spray nasale (denominato FLUENZ tetra) o il vaccino iniettabile (VAXIGRIP o analoghi); - che oggi il bambino/a sta bene e, quindi, accetto di far eseguire la vaccinazione al nostro Pediatra di Famiglia, che ci ha informato su vantaggi, effetti collaterali e controindicazioni; - di essere stato invitato a trattenere il minore nei pressi dell'ambulatorio (anche al suo esterno) per i 15-20 minuti successivi alla somministrazione del vaccino, per eventuali interventi medici d'urgenza in presenza di reazioni avverse da vaccino.

Data _____ Firma _____