

AZIENDA USL DI PARMA
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2022-2023

ANAMNESI PREVACCINALE / CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

intendendo sottopormi alla vaccinazione anti-influenzale

dichiaro di essere affetto dalle seguenti condizioni cliniche:

- Malattie febbrili ed infettive in atto: SI NO
- Allergie ad alimenti, farmaci o sostanze chimiche: SI NO
se si quali: _____
- Precedenti reazioni gravi o malattie neurologiche in seguito a vaccinazioni: SI NO
se si in seguito a quale vaccino: _____
- Malattie croniche di cuore, polmoni, reni, metabolismo, sangue (anemia): SI NO
se si quali: _____
- Malattie del sistema nervoso (convulsioni, malattie autoimmuni...): SI NO
- Deficit immunitari, leucemia, neoplasie, AIDS: SI NO
- Effettuazione di cure con alte dosi di cortisone o altri steroidi; di chemioterapia o di trattamenti con radiazioni negli ultimi 3 mesi SI NO
- Per le femmine indicare se esiste stato di gravidanza: se sì Età Gestazionale: _____ SI NO

Essendo stato informato:

- che alcune di tali condizioni possono costituire controindicazioni o precauzioni alla vaccinazione;
- circa gli eventuali rischi connessi alla somministrazione del vaccino (reazioni lievi generali quali: febbre, o locali quali: tumefazione e/o arrossamento e/o dolore; reazioni gravi quali: shock anafilattico, malattie dei nervi con disturbi della sensibilità e del movimento);
- della necessità di sostare per 30 minuti all'interno del Servizio/Ambulatorio vaccinale per evidenziare eventuali reazioni immediate al vaccino;

dichiaro di aver compreso quanto mi è stato spiegato in ordine alle mie condizioni cliniche e ai rischi connessi alla immunoprofilassi

ed **ESPRIMO** / **NON ESPRIMO IL CONSENSO** alla esecuzione della vaccinazione.

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Le informazioni sul trattamento dei dati per finalità di prevenzione sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it-sezioneprivacy

Firma dell'operatore sanitario

Firma dell'interessato
