

Autocertificazione al diritto vaccinazione regione Liguria

per la prenotazione del

Il/La sottoscritto/a

codice fiscale

in seguito identificato con i dati presenti su anagrafe vaccinale Regione Liguria

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

X DICHIARO DI APPARTENERE AD UNA DELLE CATEGORIE PER CUI E' RACCOMANDATA LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE (individuate dalla Circolare Ministeriale n. 31738/2022)

X DICHIARO DI NON AVER ANCORA RICEVUTO LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE PER LA STAGIONE 2024-2025 e DI AVERLA RICEVUTA NEGLI ANNI PRECEDENTI

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE DELLA POPOLAZIONE GENERALE

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE MODULO DI CONSENSO

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "

Ho riferito al Farmacista/Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.

Sono consapevole che qualora si verificassero qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

**ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO
VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
ELENCO QUESITI**

Ha già ricevuto la somministrazione di un'analogia tipologia di vaccino?	SI	NO	NON SO
Se sì, quale/i?			

Modulo standard di <i>triage</i> prevaccinale			
Attualmente è malato?	SI	NO	NON SO
Ha febbre?	SI	NO	NON SO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci, ad altre sostanze o ai componenti del vaccino?	SI	NO	NON SO
Se si specificare:			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SI	NO	NON SO
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione?	SI	NO	NON SO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SI	NO	NON SO
Negli ultimi sei mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	SI	NO	NON SO
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	SI	NO	NON SO
Ha avuto disturbi neurologici, epilessia o convulsioni?	SI	NO	NON SO
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	SI	NO	NON SO
Se sì, quale/i?			
Per le donne: è in gravidanza o sta pensando di avviare una gravidanza nel mese successivo alla somministrazione?	SI	NO	NON SO
Per le donne: sta allattando?	SI	NO	NON SO
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	SI	NO	NON SO

Le Note Informative relative ai vaccini somministrati, costantemente aggiornate dal Ministero della Salute - AIFA, sono disponibili presso la Farmacia in cui si effettua la vaccinazione.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "

Data e Luogo _____ Via Imperiale 11 R

Firma della persona che riceve il vaccino per punto 1),2)3)

Professionista Sanitario

1.Nome e Cognome (Farmacista/**Medico**) Rebecchi Alberto/Maddalena

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente i n f o r m a t o