

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN FARMACIA CONVENZIONATA

| | |
|--|--------------------------|
| Nome e Cognome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Residenza: | Telefono: |
| Tessera sanitaria/Codice fiscale: | |

Ho riferito al Farmacista l'assenza delle condizioni di idoneità alla vaccinazione in farmacia e ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino ottenendo risposte esaurienti e da me comprese

Mi sono stati consegnati la Nota Informativa relativa al trattamento dei dati personali e foglietto illustrativo relativo al vaccino antinfluenzale.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino ottenendo risposte esaurienti con parole chiare da me adeguatamente comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare e ho compreso i benefici e i rischi della vaccinazione nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.

Sono consapevole che qualora si verificasse 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.

| | |
|---|--|
| ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino | RIFIUTO la somministrazione del vaccino |
| Data e luogo: | Data e luogo: |
| Firma della persona che riceve il vaccino o suo rappresentante legale | Firma della persona che rifiuta il vaccino o suo rappresentante legale |

Professionista sanitario dell'equipe vaccinale

| | |
|--|--|
| 1. Nome Cognome (farmacista) | 2. Nome Cognome (ruolo _____) |
| Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma: | Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma: |

La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile, ma non indispensabile in contesto di criticità logistico-organizzativa.

Dettagli operativi della vaccinazione

| | Sito di iniezione | | Lotto n. | Scad. | Luogo di somministrazione | Data e ora | Firma sanitario |
|----------------|-------------------|------------------|----------|-------|---------------------------|------------|-----------------|
| 1° dose | Braccio destro | Braccio sinistro | | | | | |
| 2° dose | Braccio destro | Braccio sinistro | | | | | |