



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO SULLA VACCINAZIONE ANTI-PAPILLOMAVIRUS (HPV) E SULLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE/RACCOMANDATE PREVISTE NEL CALENDARIO VACCINALE NEI MINORENNI

In occasione dell'intervento informativo svolto presso la Scuola frequentata da Vostro/a figlio/a, i Medici dell'U.O.C. di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva dell'ASP di Trapani offrono la possibilità di eseguire la vaccinazione per i Vostri figli a seguito della compilazione del presente modulo di consenso informato

Dati identificativi del soggetto vaccinando

Nome.....Cognome.....
Nato a.....il/...../.....

Dati identificativi dei genitori

Padre: Nome.....Cognome.....
Nato a.....il/...../.....
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../...../.....

Madre: Nome.....Cognome.....
Nata a.....il/...../.....
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../...../.....

Eventualmente dati identificativi del Tutore

Nome.....Cognome.....
Nato a.....il/...../.....
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../...../.....

Recapito telefonico di riferimento per inviare promemoria sulle vaccinazioni

Tel/cell.....

Eventuale esecuzione vaccinazione anti-HPV in precedenza

1° dose..... 2° dose..... Centro di Vaccinazione.....

Si raccomanda di portare il proprio libretto vaccinale in caso di consenso all'esecuzione della vaccinazione

Dichiarazione del consenso informato

Il/la sottoscritto/a
in qualità di: padre ☐ madre ☐ tutore ☐ del/la vaccinando/a

DICHIARA

di aver ricevuto materiale informativo specifico sull'argomento, che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto. Inoltre, di avere ricevuto adeguate informazioni:

- ☐ sulla **modalità di effettuazione** della vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del vaccino/i;
- ☐ sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione/i nonché sulle possibili **conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione/i;
- ☐ sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione/i;
- ☐ sugli eventuali **effetti collaterali** della vaccinazione/i e sulla probabilità del loro verificarsi, nonché sulle possibilità e modalità del loro trattamento;
- ☐ sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un **ulteriore colloquio** per acquisire ulteriori informazioni tramite mail indicate nella scheda informativa.

Dichiara, inoltre:

- ☐ di **aver riferito correttamente** informazioni sullo stato di salute del vaccinando.

Dichiara infine:

- ☐ di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale 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 e in piena coscienza la vaccinazione/i proposta
- ☐ **NON ACCETTARE** liberamente e in piena coscienza la vaccinazione/i proposta

Data...../...../..... Firma