



Dichiarazione di assenso vaccinazione contro l'influenza A(H1N1)

Si prega di compilare in stampatello.

Cognome: **Nome:**

Data di nascita:

Via:

CAP:..... **Città:**

Cassa n. (conf. tessera assicurativa): **Assicurazione n.** (conf. tessera assicurativa):

Con la mia firma confermo di lavorare in un'istituzione sanitaria o di assistenza, nei servizi di soccorso, nel corpo dei vigili del fuoco o della polizia.

Con la mia firma confermo di essere affetto da una malattia in conseguenza della quale posso essere vaccinato con diritto di precedenza.

Non appartengo a nessuno dei due gruppi.

Ho letto e capito il modulo di consenso	~ sì	~ no
Desidero parlare con un medico	~ sì	~ no
Ho la febbre (temperatura corporea sopra 38°C)	~ sì	~ no
Mi è già capitato di aver avuto una reazione allergica dopo una vaccinazione	~ sì	~ no
Sono allergico all'uovo	~ sì	~ no
Assumo farmaci emodiluenti	~ sì	~ no
Sono incinta	~ sì	~ no
Solo per bambini sotto i 10 anni:	~ 1° vaccinaz.	
	~ 2° vaccinaz.	

Non ho altre domande e desidero essere vaccinato.

Data e firma:.....

Documentazione della vaccinazione (compilazione a cura del centro di vaccinazione)

Vaccino:

1° dose ~ data lotto n.

2° dose ~ data lotto n.

Indirizzo del centro di vaccinazione (timbro)

Nome e firma del medico

(Originale per il vaccinando, copia per il centro di vaccinazione)