

È consigliato che siano i genitori ad accompagnare il bambino alla vaccinazione. Tuttavia, qualora ciò non fosse possibile, è importante che sia compilato con attenzione il presente modulo di delega e la scheda anamnestica riportata sul retro del foglio.

DELEGA PER LE VACCINAZIONI

I SOTTOSCRITTI

_____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

recapito telefonico _____

e

_____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

recapito telefonico _____

genitori/tutori del/la minore _____

nato/a a _____ il _____

DELEGANO A TUTTI GLI EFFETTI

il/la Sig./ra _____ nato/a _____

il _____ residente a _____

documento d'identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

ad accompagnare il sopraindicato minore per eseguire le seguenti vaccinazioni:

_____ il giorno _____

La persona che accompagna il vaccinando deve presentarsi con il presente modulo, che vale anche come consenso e:

1. copia del documento di identità dei genitori/tutori che firmano la delega;
2. proprio documento di identità;
3. scheda anamnestica pre-vaccinale precompilata e firmata.

In caso di situazioni cliniche particolari, il personale vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.

Dichiarano inoltre che la persona delegata è informata sulle condizioni di salute del bambino/a.

Luogo, data _____

Firma dei genitori*

***Nel caso in cui la domanda sia compilata e sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la seguente dichiarazione:**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà del minore, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Luogo, data _____

Firma del genitore

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL BAMBINO

(da compilare a cura del genitore non prima del giorno antecedente la vaccinazione)

1. Il bambino sta bene?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
2. Ha o ha avuto malattie importanti? Se sì, specificare quale malattia e quando	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO _____ _____ _____
3. Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche o di malattie del sistema immunitario? Se sì, specificare di che tipo	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO _____ _____ _____
4. Il bambino o i suoi familiari (fratelli o genitori) hanno mai avuto convulsioni? Se sì, le hanno avute con febbre? Se sì, le hanno avute senza febbre?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
5. Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci con continuità? Se sì, specificare quali Se sì, specificare se: cortisonici ad alte dosi Se sì, specificare se: antineoplastici	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO _____ _____ <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
6. Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
7. Nel'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni, immunoglobuline)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
8. È allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se sì, a cosa?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO _____ _____ _____
9. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì, di che tipo? Descrivere la reazione	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO _____ _____ _____
10. Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO