

Medico:

Cod.

La firma apposta dall'assistito ha valore di dichiarazione di "CONSENSO INFORMATO" sui rischi/benefici della vaccinazione, nel merito dei quali ogni assistito è stato reso edotto dal proprio Medico curante

| | Assistito | | | | Classi di età | | | | | nome del vaccino | | | | data vaccinazione | Firma per avvenuta vaccinazione e consenso informato |
|----|---------------------------------|-----------------|-------|----------------------|--|--------|-------|-------|-----|------------------|-------|--------------|------------------|-------------------|--|
| | cognome e nome o codice fiscale | data di nascita | sesso | categoria a rischio* | 0 - 4 | 5 - 14 | 15-24 | 25-64 | ≥65 | Influvac S | fluad | inflflexal V | vaxigrip bambini | | |
| n° | | | | | barrare X nelle caselle corrispondenti | | | | | barrare | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*01: Bambini di età superiore a 6 mesi, ragazzi e adulti con condizioni morbose predisponenti alle complicanze (come indicato in circolare)

*02: Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.

*03: Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza

*04: Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenza

*05: Medici e personale sanitario di assistenza

*06: : Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio

*07: Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo

*08: Personale che per motivi di lavoro è : contatto con animali che potrebbero costituire fonte d'infezione da virus influenzali non umani

*09: altro

Firma del Medico
