

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale

Tipologia di vaccino utilizzato *

Anno 2016-2017

Lotto vaccino

 Split

 Intradermico m.g.15 HA

Scadenza

 Sub-unità

 Adjuvato con MF 59

* Per ogni tipologia di vaccino compilare una pagina diversa

N.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso		Data di sommin.	Categoria a rischio																											Firma
				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
1				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
2				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
3				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
4				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
5				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
6				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
7				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
8				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
9				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
0				M	F		1	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9a	9b	9c	9d	9e		
Totale																																		