

REGIONE CAMPANIA - ASL NAPOLI 3 SUD

Campagna Vaccinazione antinfluenzale 2017-2018 -Utenti età ultrasessantacinquenni

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità DICHIARA sotto la propria responsabilità, pur avendo ricevuto tramite colloquio con il medico curante : un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla modalità di effettuazione della vaccinazione e la via di somministrazione del vaccino;
- su vantaggi, grado di efficacia della vaccinazione nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di revocare il presente dissenso in qualsiasi momento

DI NON ACCETTARE l'offerta della Vaccinazione Antinfluenzale come da motivazione indicata

POPOLAZIONE ELEGGIBILE (ASSISTITI DI ETA' PARI O SUPERIORE A 65 ANNI)= _____

	Cognome e Nome	Data di nascita	Data Dissenso	Sesso		Motivazione				Firma
				M	F	1	2	3	4	
1				M	F	1	2	3	4	
2				M	F	1	2	3	4	
3				M	F	1	2	3	4	
4				M	F	1	2	3	4	
5				M	F	1	2	3	4	
6				M	F	1	2	3	4	
7				M	F	1	2	3	4	
8				M	F	1	2	3	4	
9				M	F	1	2	3	4	
10				M	F	1	2	3	4	

* Legenda : segnare una X sul numero corrispondente alla motivazione

- (1) Mi sono vaccinato in passato, ma mi sono ugualmente ammalato di influenza.
 (2) Non è grave ammalarsi d'influenza e non c'è bisogno di evitarla.
 (3) Quando mi sono vaccinato ho avuto effetti collaterali.
 (4) Anche se il medico curante mi ha informato sui benefici , comunque mi fido poco dei vaccini e sono contrario alla vaccinazione.

Distretto Sanitario n°

Dott.

Timbro e firma