

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 *

Lotto vaccino

Quadrivalente

Anno 2018-2019

Scadenza

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	10			
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	10				
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	10				
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	10				
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	10				
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	10				
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	10				
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	10				
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	10				
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	10				
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	10				
Totale																																					