

CONSENSO INFORMATO - VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE - CAMPAGNA 2025 - 2026

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

Lotto vaccino

☐ **VAXIGRIP**☐ **EFLUELDA**☐ **FLUCEL VAX**

Per ogni tipologia di vaccino compilare una pagina diversa

Scadenza

☐ **FLUAD TETRA**☐ **FLUENZ TETRA****Anno 2025-2026**

6 - 23 mesi	2 - 4 anni	5 - 6 anni	7 - 8 anni	9 - 14 anni	15 - 17 anni	18 - 44 anni	45 - 59 anni	60 - 64 anni	≥ 65 anni
----------------	---------------	---------------	---------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	--------------

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Data di sommin.	Categoria a rischio											Firma									
1			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
2			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
3			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
4			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
5			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
6			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
7			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
8			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
9			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
0			M	F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
Totale																										