

Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica
S.S.U. Prevenzione delle Malattie Infettive ed Epidemiologia

Io sottoscritto/a		nato/a a	
il abitante a	Via		
DICHIARO le seguenti informazioni in merito alla m	nia salute:		
1) Malattie acute febbrili in atto		\square SI	□NO
2) Malattie che possono determinare calo delle difese	immunitarie:		
		\square SI	\square NO
3) Crisi epilettiche o patologie neurologiche evolutiv	e	\square SI	\square NO
4) Terapie immunosoppressive o cortisone ad alte do	si	\square SI	\square NO
5) Recente somministrazione di immunoglobuline		\square SI	\square NO
6) Allergia a uova, antibiotici (Neomicina, Kanamici	na), composti		
mercuriali, lievito di birra			
se sì specificare:		\square SI	\square NO
7) Reazioni dopo le precedenti vaccinazioni			
se sì specificare:		\square SI	\square NO
8) Gravidanza in atto		\square SI	\square NO
CONSENSO INFORMATO ALLA SO - Le informazioni che mi sono state fornite, an consegnato in copia, in merito ai rischi legati al dalla mancata vaccinazione sono state esaurienti. e le complicanze (generalmente poco frequenti possono avvenire anche se il comportamento dell adeguato. Ho avuto la possibilità di chiarire eventuali dubbi Pertanto acconsento ad essere sottoposto alla/e segono consento acconsento ad essere sottoposto alla/e segono con consento acconsento acco	che mediante il la vaccinazione e Ho compreso che , lievi e transitor 'operatore sanitar dal colloquio con	foglio i a quell e gli effe i, solo i io è dilia	illustrativo che mi viene i che potrebbero derivare tti collaterali del vaccino n casi eccezionali gravi) gente e professionalmente ri.
Prendo atto che è raccomandabile non allontanar vaccinazione data	rsi dall'ambulator	rio per	15 minuti dall'avvenuta
FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO		FIRM	A

I dati contenuti nella presente scheda sono trattati e custoditi dal Servizio Igiene Pubblica dell'AUSL di Imola, in applicazione delle norme sulla riservatezza dei dati sensibili, in particolare art. 13 e 79 del D.Lgs. 196/03.