



CAMPAGNA ANTINFLUENZALE 2020-2021 CONSENSO INFORMATO

Raccolta informazioni sullo stato di salute prima della vaccinazione di _____

Negli anni scorsi si è già vaccinato contro l'influenza? NO SI

Ha mai avuto reazioni allergiche dopo la vaccinazione? NO SI

Ha malattie febbrili in corso? NO SI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

DICHIARO

di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute pregresso e attuale; o della persona che rappresento;

di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a: - informazioni sul vaccino antinfluenzale stagionale 2020-2021 ; - informazioni sul vaccino antipneumococcico e sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione; - necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la vaccinazione; - necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al Medico curante;

PERTANTO, ESPRIMO:

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

DISSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

antiinfluenzale

antipneumococcico

_____ firma leggibile
dell'interessato/a o del rappresentante legale del/la minore o della persona incapace

_____ firma del Medico/Operatore Sanitario

Data, _____

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Sette Laghi	MODULO Scheda informazioni anamnestiche Valutazione sospetta infezione COVID 19	Cod. MOD02IOG29PG32 Data: 18/09/2020 Rev. 2
--	--	---

DATI ANAGRAFICI	
Cognome	Nome
Data di Nascita	Dati interlocutore telefonico se diverso da paziente

VALUTAZIONE DI MANIFESTAZIONI SOSPETTE DI INFEZIONE COVID-19	
Al momento ha uno di questi sintomi:	
Febbre con TC $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Raffreddore/congestione nasale/mal di gola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dolori muscolari/articolari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dispnea o difficoltà a respirare a riposo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diarrea/vomito/nausea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alterazioni gusto/olfatto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altri sintomi influenzali (mal di testa/dolore occhi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' stato a contatto nelle ultime 2 settimane con un caso confermato di Coronavirus?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Ha avuto una diagnosi di malattia da Covid -19 con tampone positivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' rientrato nelle ultime 2 settimane da un paese a rischio secondo le indicazioni ministeriali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Luogo e data _____

Firma del paziente / genitore / tutore / accompagnatore _____

Firma dell'operatore sanitario _____