

PEDIATRIA DI GRUPPO DI BOLLATE/BARANZATE
via Silvio Pellico 11/A - 20021 Bollate MI

SCHEDA ANAMNESTICA E CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
CON VACCINO INIETTIVO INFLUVAC S STAGIONE 2025/2026

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ il: _____

Assistito del dr./dr.ssa:

AMMAN Francesca BRIVIO Luca LOVALLO Maria Teresa NUGNES Martina PAGLIATO Emanuela

SCHEDA ANAMNESTICA	DOSE 1 o UNICA		DOSE 2	
	SI'	NO	SI'	NO
DOMANDA				
Il bambino ha la febbre oggi o un disturbo importante anche senza febbre?				
Il bambino in passato ha avuto gravi reazioni dopo la vaccinazione antinfluenzale? *				
Il bambino ha mai avuto gravi reazioni allergiche all'uovo o alle sue proteine o a quelle del pollo?				
Il bambino ha mai avuto gravi reazioni ad uno degli eccipienti qui sottoelencati? - formaldeide, cetiltrimetilammonio bromuro, polisorbato 80, gentamicina, potassio cloruro, potassio diidrogeno fosfato, fosfato disodico diidrato, sodio cloruro, calcio cloruro diidrato, magnesio cloruro esaidrato				

* Lasciare in bianco se mai vaccinato prima contro l'influenza

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sui benefici e sui possibili rischi della vaccinazione antinfluenzale e di aver avuto la possibilità di fare domande a cui sono state fornite risposte esaurienti. È consapevole di doversi trattenere in studio per almeno 15 minuti dopo la vaccinazione. Inoltre, dichiara di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore che - impossibilitato a presenziare in data odierna - è stato dal sottoscritto personalmente informato in merito all'esecuzione della procedura vaccinale. Pertanto, chiede che il proprio figlio sia sottoposto alla vaccinazione antinfluenzale in dose unica o doppia secondo i protocolli vigenti.

DOSE 1 o DOSE UNICA - Bollate, ___/___/_____

Firma del genitore (o accompagnatore munito di delega allegata)

Firma dell'operatore sanitario

DOSE 2 - Bollate, ___/___/_____

Firma del genitore (o accompagnatore munito di delega allegata)

Firma dell'operatore sanitario