

COMUNICAZIONE ALLE SCUOLE

Cari genitori, si comunica che anche quest'anno i pediatri di famiglia in collaborazione con l'Amministrazione Comunale di Meda attiveranno la campagna di vaccinazione antinfluenzale con vaccino Fluenz Tetra in forma di spray nasale per la fascia target 2 anni-14 anni e vaccino iniettivo Vaxigrip per la fascia 6 mesi-2 anni.

La vaccinazione verrà eseguita nei locali messi a disposizione dall'Amministrazione, la sede vi verrà comunicata in seguito.

Per informazioni e modalità di accesso al vaccino si prega di contattare il proprio pediatra.

Si comunica altresì che per la vaccinazione occorre essere muniti di tessera sanitaria del paziente e del modulo di consenso informato (allegato alla presente) da consegnare compilato e firmato.

Meda, 04/10/22

**CONSENSO/DISSENSO INFORMATO VACCINAZIONI DEI MINORI**

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.

In data.....io sottoscritto/a

padre madre tutore ai sensi del Decreto Giudice Tutelare N..... Tribunale di
rilasciato in data

del/lla minore

Cognome e nome

nato/a a il

In merito alle vaccinazioni proposte **DICHIARO:**

- di essere stato/a informato/a che il/la minore vaccinato/a deve rimanere presso l'ambulatorio per i 20 (venti) minuti successivi alla somministrazione del vaccino;
- di essere stato informato/a circa le caratteristiche, i vantaggi, i possibili effetti collaterali delle vaccinazioni proposte nonché di aver ricevuto informazioni sulla modalità di effettuazione delle vaccinazioni, sul sito di inoculo delle stesse e sulla tutela normativa in caso di reazioni avverse (Legge 210/1992);
- di essere stato/a informato/a che la minore vaccinata in età fertile deve evitare una gravidanza per:
 un mese dopo la vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia

Pertanto rispetto alla somministrazione della/e seguente/i vaccinazione/i:

N.B.: FIRMARE PER LE SOLE VACCINAZIONI PROPOSTE

VACCINAZIONE	ACCONSENTO	NON ACCONSENTO
<input type="checkbox"/> ANTINFLUENZALE		
<input type="checkbox"/> ANTIMENINGOCOCCO B		
<input type="checkbox"/> ANTI_____		

Io sottoscritto/a dichiaro che l'utente è stato informato sulla/e vaccinazione/i per la/le quale/i ha espresso il proprio consenso/dissenso, mediante colloquio e garantisco che le principali informazioni necessarie per esprimere una adesione consapevole siano state correttamente comunicate e recepite.

Data.....

Firma operatore sanitario.....

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia, 2 - 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969

Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto, 120 - 23900 Lecco

www.ats-brianza.it - info@ats-brianza.it - protocollo@pec.ats-brianza.it