

## Dissenso Informato - Regione Campania

Campagna antinfluenzale 2019 - 2020

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazioni od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità

DICHIARA sotto la propria responsabilità, pur avendo ricevuto tramite colloquio con il medico curante, un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla modalità di effettuazione della vaccinazione e la via di somministrazione del vaccino;
- su vantaggi, grado di efficacia della vaccinazione nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di revocare il presente dissenso in qualsiasi momento.

**DI NON ACCETTARE** l'offerta della Vaccinazione Antinfluenzale come da motivazione indicata

POPOLAZIONE ELEGGIBILE (ASSISTITI DI ETA' PARI O SUPERIORE A 65 ANNI) = \_\_\_\_\_

N.	COGNOME	NOME	Data nascita	Data Dissenso	Sesso	Motivazione				FIRMA

\* **Legenda: segnare una X sul numero corrispondente alla motivazione**

**(1) Mi sono vaccinato in passato, ma mi sono ugualmente ammalato di influenza.**

**(2) Non è grave ammalarsi di influenza e non c'è bisogno di evitarla.**

**(3) Quando mi sono vaccinato ho avuto effetti collaterali.**

**(4) Anche se il medico curante mi ha informato sui benefici, comunque mi fido poco dei vaccini e sono contrario alla**

ASL Napoli 1 Centro

Distretto 32

Dott.:

**Timbro e Firma**