Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
USMAF-SASN Valle D'Aosta, Piemonte, Lombardia,
Veneto, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia

Il sottoscritto _____ nato a _____(_____) il _____

residente a _____(____) via _____ n. _____ c.a.p _____

tel. _____ e-mail _____ C.F. _____

documento: _____ n. _____rilasciato il _____da _____

DESTINAZIONE DEL VIAGGIO _____MOTIVO _____

DURATA DEL SOGGIORNO (GG) _____DATA DELLA PARTENZA _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a alla/e seguente/i vaccinazione/i: ☐ ANTI FEBBRE GIALLA - ☐ ANTI TIFICA (☐ ORALE - ☐ PARENTERALE)

☐ ANTI MENINGOCOCCICA - ☐ ANTI DIFTO-TETANO - ☐ ANTI EPATITE A - ☐ ANTI EPATITE B ☐ ALTRO_____

e a tal fine **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI**

1- esser già stato/a sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni:

☐ ANTI FEBBRE GIALLA DATA..... ☐ ANTI TIFICA (☐ ORALE - ☐ PARENTERALE) DATA .....
☐ ANTI MENINGOCOCCICA DATA ..... ☐ ANTI DIFTO-TETANO DATA... ☐ ANTI EPATITE A. DATA .....
☐ ANTI EPATITE B DATA..... ☐ ANTI POLIO DATA ..... . ☐ ALTRO ..... DATA .....

2- di stare bene oggi si ☐ no ☐

3- di aver avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici no ☐ si ☐

4- di essere allergico: no ☐ si ☐

☐ proteine dell'uovo ☐ alimenti ☐ idrossido d'alluminio ☐ sostanze chimiche
☐ antibiotici ☐ farmaci ☐ lattice ☐ altre sostanze

5- di aver avuto reazioni gravi a una precedente dose di vaccino no ☐ si ☐

6- di avere deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV no ☐ si ☐

7- di avere malattie croniche autoimmuni/reumatiche, patologie della ghiandola del timo no ☐ si ☐

8- di avere malattie metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione no ☐ si ☐

9- di aver attuato, negli ultimi 6 mesi, terapie di lunga durata (aver assunto farmaci con continuità, in particolare cortisonici, immunosoppressori, chemioterapici o essere stato/a sottoposto/a a radioterapia o dialisi) no ☐ si ☐

10- di essere stato/a sottoposto/a interventi chirurgici no ☐ si ☐

11- di aver ricevuto vaccini nell'ultimo mese no ☐ si ☐

12- di essere in gravidanza o allattamento no ☐ si ☐

NOTE: _____

_____

luogo e data _____ **firma** _____

(in caso di minore firma di chi esercita la potestà genitoriale)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a, avendo preso visione delle Informazioni Generali, ha compreso che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del procedimento richiesto nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. , e dal Regolamento n. 679/2016 - GDPR

luogo e data _____ **firma** _____

(in caso di minore firma di chi esercita la potestà genitoriale)

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA:**

☐ di essere stato/a adeguatamente informato/a circa i benefici e i possibili effetti collaterali correlati al/i vaccino/i e, avendoli compresi, **di acconsentire** alla somministrazione del/i vaccino/i richiesto/i.

☐ di essere stato/a adeguatamente informato/a che il vaccino della febbre gialla se somministrato in età superiore ai 60 anni può determinare un significativo incremento di effetti collaterali anche molto gravi.

☐ se donna in età fertile, di essere stata edotta circa le precauzioni per evitare una gravidanza nel mese successivo alla vaccinazione contro la febbre gialla

firma _____

(in caso di minore firma di chi esercita la potestà genitoriale)

luogo e data _____ **firma del medico** _____

SCHEDA PROFILASSI

☐ FEBBRE GIALLA	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐ MENINGITE	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐ DIFTERITE e TETANO	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐ POLIO	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐ EPATITE A	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐ EPATITE B	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐ TIFO INIETTIVO	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐ TIFO ORALE	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐ COLERA	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..
☐……	data……..	sito d'iniezione……..	firma……..

☐ PROFILASSI ANTIMALARICA CONSIGLIATA:

Principio attivo ……..…….. **data**……... **firma**……..

DATA DELLA/E VACCINAZIONE/I: _____ PRESENTA CERTIFICAZIONI: SI ☐ NO ☐

SPECIFICARE

_____

VENGONO RILEVATI EFFETTI COLLATERALI IN SEGUITO ALLA VACCINAZIONE: SI ☐ NO ☐

OSSERVAZIONI: _____

_____

Il Medico

_____