



Ministero della Salute
USMAF-SASN Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta
 U.T. _____

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

- | | | | |
|---|-----------|-----------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> FEBBRE GIALLA | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> MENINGITE | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> DIFTERITE e TETANO | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> POLIO | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> EPATITE A | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> EPATITE B | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> TIFO INIETTIVO | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> TIFO ORALE | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> COLERA | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |

PROFILASSI ANTIMALARICA CONSIGLIATA:

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

DATA DELLA/E VACCINAZIONE/I: _____	PRESENTA CERTIFICAZIONI: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SPECIFICARE _____	
VENGONO RILEVATI EFFETTI COLLATERALI IN SEGUITO ALLA VACCINAZIONE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OSSERVAZIONI: _____ _____	
Il Medico _____	