



Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	SENIOR RESIDENCE CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTINFLUENZALE	Cod. DSA 15
		Rev. 00
		Pagina 1 di 1

Torino, li/...../.....

- lo sottoscritto/a. nato/a il .../.../...
- lo sottoscritto/a. nato/a il .../.../...,
in qualità di tutore del sig./ra nato/a il .../.../...

Dichiaro di essere stato informato dal dott.

1. Delle controindicazioni e delle reazioni avverse al vaccino.
2. Dei rischi legati all'eventuale infezione da virus influenzale.
3. Della necessità di segnalare preventivamente malattie, reazioni post-vaccinali, interventi subiti, terapie pregresse o in corso, nonché eventuali manifestazioni tossiche od allergiche sofferte in passato.
4. Che la vaccinazione anti-influenzale in Italia è raccomandata, e fornita gratuitamente dal SSN, per i soggetti di età superiore ai 65 anni e/o affetti da malattie croniche dell'apparato respiratorio, cardiocircolatorio, uropoietico, degli organi emopoietici, da diabete mellito.

- **Acconsento volontariamente all'esecuzione del vaccino anti-influenzale.**
- **Rifiuto volontariamente all'esecuzione del vaccino anti-influenzale.**

In fede

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Io sottoscritto/a dott. dichiaro che
il/la sig./ra. non è, al momento attuale, in grado di
comprendere interamente tutto quanto sopra esposto e dunque, di esprimere un consenso
informato. Dopo accurata valutazione delle condizioni generali dell'ospite, dei rischi legati
all'eventuale infezione con virus influenzale, del domicilio in comunità, ritengo necessaria
l'esecuzione del vaccino stesso per il mantenimento dell'attuale stato di salute.

In fede.