

REGIONE TOSCANA

AZIENDA _____ (dati identificativi della struttura)

MODULO DI DISSENSO

ALLA VACCINAZIONE (indicare il tipo di vaccinazione)

Io sottoscritto Sig./Sig.ra (nome e cognome) _____

Genitore/ri Tutore Amministratore di sostegno

DICHIARO CHE NEL CORSO DELL'AVVENUTO COLLOQUIO CON IL DR. _____

alla presenza di:

- mediatore culturale/interprete (nome e cognome)
 familiare/persona di fiducia(nome e cognome)

- ho ricevuto i chiarimenti che ho richiesto relativamente alle informazioni contenute nel foglio informativo che mi è stato precedentemente consegnato;
le informazioni ricevute, chiare ed esaurienti, sono sulle caratteristiche, sulle alternative terapeutiche, sui potenziali benefici, sugli eventuali rischi e complicitanze, della vaccinazione(indicare il tipo di vaccinazione);
sono stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento vaccinale proposto e le conseguenze sulla mia salute o su quella della persona che rappresento, in caso di rifiuto;
sono stato informato che l'anamnesi relativa alla mia salute/ su quella della persona che rappresento ha accertato l'assenza delle controindicazioni possibili e note ad oggi nei confronti del vaccino proposto;
ho avuto modo di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo che mi è stato consegnato inviato illustrato in data/te ___/___/___;

INOLTRE DICHIARO

- di aver compreso le informazioni fornite nel foglio informativo e durante il colloquio avvenuto in data ___/___/___;
di essere consapevole che la decisione di rifiutare la vaccinazione proposta è volontaria e che posso ritirare il dissenso in qualsiasi momento;
di essere a conoscenza che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni potrò rivolgermi al dr. _____ U.O. _____ Tel. _____/_____;
di aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
di essere a conoscenza che riceverò in ogni caso la continuità dell'assistenza per me/ per la persona che rappresento, e le cure di tipo complementare se previste.

PERTANTO NON ACCONSENTO ALLA VACCINAZIONE (indicare il tipo di vaccinazione)

FIRMA DELL'UTENTE _____ Data ___/___/___
(L'Utente è la Persona assistita maggiorenne che riceve la vaccinazione e che deve apporre la propria firma e la data)

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE _____ Data ___/___/___
(Il Genitore, Tutore, Amministratore di sostegno deve apporre la propria firma e la data nel caso di minore e di incapace legale)

FIRMA DI CHI RITIRA IL DISSENSO _____ Data ___/___/___
(Il Medico o l'Operatore Sanitario deve apporre la propria firma, la data e il timbro)

REGIONE TOSCANA

AZIENDA _____ *(dati identificativi della struttura)*

N.B. Il presente modulo dovrà esser conservato (allegare alla cartella vaccinale) unitamente al foglio informativo di cui costituisce parte integrante.

Versione n.... del __/__/__ (Delibera...)

allegato 3 LINEA GUIDA