



**REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

**MODULO MINORI**

**MODULO CONSENSO ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL PAPILLOMAVIRUS  
ANAMNESI PREVACCINALE**

**Dati del vaccinando**

Cognome..... Nome.....

Nat\_a..... il ...../...../..... CF.....

Residenza..... Tel.....

MMG/PLS..... Tel.....

- Sta bene? Si  No

- È stato ricoverato? No  Si

Se si specificare: Per immunodeficienza? .....  
Per patologia neurologica?.....  
Per altra patologia? .....

- Malattie negli ultimi 30 gg.? Si  ..... No

- Ha mai avuto convulsioni? No  Si  Con febbre  Senza febbre

- Assume farmaci con continuità? No  Si

Antinfiammatori ..... Antibiotici .....

Antiepilettici ..... Sedativi .....

- Cortisonici ..... Altro ..... Da quanto tempo? .....

- Ha ricevuto trasfusioni o IgG? No  Si  Quanto tempo fa? .....

- È allergico? No  Si  ..... antibiotici (neomicina, kanamicina,)  
proteine del latte.....Altro.....

- Ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni? No  Si

Locali .....

Generali lievi .....

Generali gravi .....

Ha effettuato vaccinazioni nei precedenti 15 giorni? No  Si

♦ Vaccino .....

Firma del/i genitori/tutori/affidatari

Firma del medico

.....  
.....

.....

**CONSENSO INFORMATO**

**Dati dei genitori/tutori/affidatari**

Il/La sottoscritt\_ .....nella qualità di genitore/tutore/affidatario C.I. n.....dichiara di avere letto e compreso il materiale informativo fornito, elaborato secondo le linee guida della Regione Siciliana (GURS Sup Ord parte I n. 47/2006 e s.m.), consistente nelle indicazioni del " Calendario Vaccinale per la Vita" della Regione Siciliana (D.A. n. 1965 del 10 ottobre 2017) e la scheda tecnica autorizzativa della vaccinazione, contenente indicazioni sugli effetti benefici, effetti collaterali, reazioni avverse.

Il/La sottoscritt\_ .....nella qualità di genitore/tutore/affidatario C.I. n.....dichiara di avere letto e compreso il materiale informativo fornito, elaborato secondo le linee guida della Regione Siciliana (GURS Sup Ord parte I n. 47/2006 e s.m.), consistente nelle indicazioni del " Calendario Vaccinale per la Vita" della Regione Siciliana (D.A. n. 1965 del 10 ottobre 2017) e la scheda tecnica autorizzativa della vaccinazione, contenente indicazioni sugli effetti benefici, effetti collaterali, reazioni avverse.

**AUTORIZZA/NO**

La vaccinazione del minore..... nat\_ a.....il.....  
che sarà effettuata il \_\_\_\_\_ presso l'Istituto Scolastico

Firma

Firma

Autorizzano che i dati sensibili vengano utilizzati per gli usi consentiti dalla legge 196/2003 (legge sulla privacy e s. m. ) ai fini sanitari

Firma

Firma

**DA COMPILARE NEL CASO DELLA SOTTOSCRIZIONE DI UN SOLO GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO**

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di dati falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti in materia.

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità quanto segue:

di avere acquisito l'assenso dell'altro genitore alla vaccinazione o di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale ai sensi della normativa vigente.

Data

Firma

**Professionista Sanitario Inoculatore**

Nome e Cognome (Medico o altro professionista Sanitario) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_