

DELEGA PER LA VACCINAZIONE DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI DAI GENITORI

Il sottoscritto _____ (allega fotocopia documento)

Genitore di _____ nato/a il _____

Delega il / la sign. _____ (allega fotocopia documento)
 ad accompagnare il /la suddetta figlio/a per essere sottoposto/a

alla/e vaccinazione/i previste in appuntamento per il giorno _____

A tal fine dichiara:

-di avere avuto, assieme all'altro genitore, le informazioni utili e necessarie per fornire il consenso e di aver letto il materiale informativo disponibile sui siti del Ministero e della ASL e dal proprio pediatra / medico di famiglia.

-di esprimere, concordemente con l'altro genitore il consenso alla/e vaccinazione/i previste

-di essere raggiungibile durante la fascia oraria prevista per la vaccinazione al seguente n. telefonico:

Con la sottoscrizione della presente sollevo sin da ora la ASL Roma 6 da qualsiasi responsabilità inerente gli effetti derivanti dalla presente delega.

Dichiara che il/la suddetto/a figlio/a:

1. Sta bene oggi?	SI	NO
2. Ha o ha avuto malattie importanti?	NO	SI
Se si, specificare se malattia neurologica malattia che ha indebolito il sistema immunitario		SI SI
3. Ha mai avuto convulsioni?	NO	SI
Se si, specificare se con febbre senza febbre		SI SI
4. Negli ultimi tre mesi ha preso farmaci in modo continuativo?	NO	SI
Se si, specificare se Cortisonici ad alte dosi Antitumorali		SI SI
5. Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a radioterapia?	NO	SI
6. Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusione o immunoglobuline?	NO	SI
7. E allergico a qualche Alimento? Medicina? Vaccino?	NO NO NO	SI SI SI
Se si, specificare _____ _____		
8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	NO	SI
Se si, specificare _____ _____		

Data ___/___/_____

Firma del genitore
