

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
PËLQIMI, MOSPËLQIMI, REVOKIMI PËR KRYERJEN E VAKSINËS/MANTOUX – ALBANESE	Procedura Aziendale Allegato 6 Mod 06 P 183 AUSLBO
TË DHËNAT E PËRDORUESIT	
MBIEMRI (COGNOME)	EMRI (NOME)
DATËLINDJA VENDLINDJA (DATA E LUOGO DI NASCITA)	
KODI FISKAL(CODICE FISCALE)	

Deklaroj se:

- Lexova dokumentin informues për vaksinat e propozuara
- se i tregova ekipit të vaksinave patologjitë, aktuale e të mëparshme, dhe terapitë në vijim e sipër
- Pasi mora informacion të plotë për trajtimin e propozuar shëndetësor, meqë më informuan për nevojën për të qëndruar në shërbim 15 minuta pas vaksinimit,
- meqë e kuptova mirë atë çka është diskutuar e ndarë deri tani gjatë bashkëbisedimit informues, me profesionistët e ekipit, meqë pata kohën e nevojshme për të vendosur e meqë pata një përgjigje të kënaqshme për pyetjet e bëra,

☐ PRANOJ ta kryej trajtimin e propozuar shëndetësor (specifikoni) **ACCONSENTO**

☐ NUK PRANOJ ta bëj trajtimin e propozuar shëndetësor (specifikoni), duke qenë i/e informuar në mënyrë të duhur dhe si rrjedhim i/e vetëdijshëm/shme për pasojat që një mospranim i tillë ndikon në gjendjen shëndetësore. **NON ACCONSENTO**

☐ REVOKOJ PRANIMIN e dhënë më parë për trajtimin shëndetësor, duke qenë i/e informuar në mënyrë të duhur dhe si rrjedhim i/e vetëdijshëm/shme për pasojat që një mospranim i tillë ndikon në gjendjen shëndetësore. **REVOCO IL CONSENSO**

Firma
☐ Pacienti (Il/la paziente) _____ ☐ Prindi (Il/I genitore/i) _____ ☐ administrator mbështetës (L'amministratore di Sostegno) _____ ☐ kujdestari (Il Tutore) _____ ☐ person i besuar (Persona di fiducia) (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) _____ ☐ Ndërmjetës kulturor (Mediatore culturale) _____

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale	
Nome cognome Ruolo Medico ☐ AS/inf ☐	Nome cognome Ruolo Medico ☐ AS/inf ☐
Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato	Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato
Firma	Firma

La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Professionista Sanitario, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx ☐ deltoide sn ☐ i.m. ☐ s.c. ☐ orale ☐ _____ _____ _____	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx ☐ deltoide sn ☐ i.m. ☐ s.c. ☐ orale ☐ _____ _____ _____
Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx ☐ deltoide sn ☐ i.m. ☐ s.c. ☐ orale ☐ _____ _____ _____	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx ☐ deltoide sn ☐ i.m. ☐ s.c. ☐ orale ☐ _____ _____ _____