



同意 不同意 撤销 疫苗接种/结核菌素皮肤试验- CINESE

Procedura Aziendale
Allegato 6 Mod 06 P 183 AUSLBO

患者数据

姓 (COGNOME)

名 (NOME)

出生日期 出生地 (DATA E LUOGO DI NASCITA)

税号 (CODICE FISCALE)

我声明:

1. 已阅读拟接种疫苗的相关信息
2. 已向疫苗接种团队报告当前和/或过去所患疾病和正在进行治疗
3. 患者已全面了解拟议医疗服务的相关信息, 已告知患者接种疫苗后须在医疗机构留观 15 分钟
4. 患者已充分了解到目前为止所述的内容, 以及在信息告知面谈过程中医疗专业人士所分享的内容; 患者有充分的时间做出决定, 并对其所提出的问题得到了满意的答复。

☐ 我同意进行拟议的医疗服务 (请注明) **ACCONSENTO**

☐ 我不同意进行拟议的医疗服务 (请注明), 我已被充分告知并清楚, 不同意进行该医疗活动对身体健康的影响。
NON ACCONSENTO

☐ 我撤销之前对进行该医疗服务的同意, 我已被充分告知/完全清楚, 不同意进行该医疗活动对身体健康的影响。**REVOCO IL CONSENSO**

签名 (FIRMA)

- ☐ 患者 (Il/la paziente) _____
- ☐ 父母 (Il/I genitore/i) _____
- ☐ 赡养管理员 (L'amministratore di Sostegno) _____
- ☐ 监护人 (Il Tutore) _____
- ☐ 信任的人 (Persona di fiducia) (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) _____
- ☐ 文化协调员 (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 <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> _____ _____ _____