



**CONSETEMENT REFUS RÉVOCATION POUR
L'ADMINISTRATION VACCIN/TEST MANTOUX
FRANCESE**

**Procedura Aziendale
Allegato 6 Mod 06 P 183 AUSLBO**

DONNÉES PERSONNELLES

NOM (COGNOME)	PRÉNOM (NOME)
DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE (DATA E LUOGO DI NASCITA)	
NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE	

Je déclare:

1. avoir lu la note d'information relative aux vaccins proposés
2. avoir informé l'équipe de vaccination des pathologies, actuelles et/ou précédentes, et des traitements en cours
3. Après avoir reçu des informations détaillées sur le traitement proposé, avoir été informé(e) de la nécessité de rester dans le service 15 minutes après la vaccination,
4. avoir compris ce qui a été discuté et partagé jusqu'à présent lors de l'entretien d'information, avec les professionnels de l'équipe, avoir eu le temps nécessaire pour prendre une décision et avoir obtenu une réponse satisfaisante aux questions posées,

☐ J'ACCEPTE le traitement médical proposé (veuillez préciser) ACCONSENTO

☐ Je REFUSE le traitement médical proposé (veuillez préciser), étant suffisamment informé(e) et donc conscient(e) des conséquences de ce refus sur mon état de santé. NON ACCONSENTO

☐ Je RÉVOQUE mon consentement préalablement donné à un traitement médical, étant dûment informé(e) et conscient(e) des conséquences de ce refus sur mon état de santé. REVOCO IL CONSENSO

Signature (Firma)

- ☐ Patient (Il/la paziente) _____
- ☐ Parent (Il/I genitore/i) _____
- ☐ amministratore de soutien (L'amministratore di Sostegno) _____
- ☐ tuteur (Il Tutore) _____
- ☐ personne de confiance (Persona di fiducia) (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) _____
- ☐ Médiateur culturel (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 ☐ _____ _____ _____