

**CONSENT DISSENT REVOCATION OF CONSENT TO
ADMINISTRATION OF THE VACCINE/MANTOUX TEST
INGLESE**

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

USER DATA

SURNAME (COGNOME)	NAME (NOME)
--------------------------	--------------------

DATE AND PLACE OF BIRTH (DATA E LUOGO DI NASCITA)
--

ITALIAN TAXPAYERS' CODE

I hereby declare that:

1. I read the information notice about the proposed vaccines
 2. I reported to the vaccination team the current and/or previous pathologies and the therapies underway
 3. Having received comprehensive information on the proposed healthcare treatment, having been informed of the need to remain in the service 15 minutes after vaccination,,
 4. having fully understood what has been so far discussed and shared during the informational meeting with the medical team professionals, having had the necessary time to decide and having received a satisfactory reply to the questions posed,
- I AGREE to the performance of the proposed healthcare treatment (please specify) ACCONSENTO
- I DO NOT AGREE to the performance of the proposed healthcare treatment (please specify), essendo adeguatamente informato/a e dunque consapevole delle conseguenze che tale dissenso implica sulle condizioni di salute. NON ACCONSENTO
- I REVOKE THE CONSENT previously granted to the proposed healthcare treatment (please specify), having been adequately informed and thus aware of the consequences that such dissent implies for health conditions. REVOCO IL CONSENSO

Signature (Firma)

- the patient (il/la paziente) _____
- Parent (Il/I genitore/i) _____
- court-appointed guardian (L'amministratore di Sostegno) _____
- guardian present (Il Tuttore) _____
- trusted person (Persona di fiducia) (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) _____
- cultural mediator (mediatore culturale) _____

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>	Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>
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"/>