



**AUTORIZO / NON AUTORIZZO A REVOGAÇÃO DE
ADMINISTRAÇÃO DA VACINA/PROVA TUBERCULINA
(MANTOUX) - PORTOGHESE**

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

DADOS DO UTENTE

APELIDO (COGNOME)	NOME (NOME)
DATA DE NASCIMENTO LOCAL DE NASCIMENTO (DATA E LUOGO DI NASCITA)	
NIF (CODICE FISCALE)	

Declaro que:

- li a nota de informação relativa à vacinação proposta
 - mentionei à equipa de vacinação as patologias, atuais e/ou anteriores, e as terapias em curso
 - Na sequência da receção de informações exaustivas sobre o tratamento de saúde proposto, e tendo sido informado(a) da necessidade de aguardar no local 15 minutos após a vacinação,
 - tendo entendido tudo quanto foi exposto até à data e explicado durante a consulta de informação com os profissionais da equipa de saúde, tendo tido o tempo necessário de decidir e tendo recebido uma resposta satisfatória às perguntas submetidas,
- ☐ CONSENTIMENTO efetuar o tratamento de saúde proposto (especificar) **ACONSELHAMENTO**
- ☐ **NÃO CONSENTIMENTO** efetuar o tratamento de saúde proposto (especificar), após informação adequada e, portanto, sou consciente das consequências que tal desacordo implica sobre as condições de saúde. **NON ACONSENTIMENTO**
- ☐ **RETIROOCONSENTIMENTO** antes do tratamento de saúde, após informação adequada e, portanto, sou consciente das consequências que tal desacordo implica sobre as condições de saúde **REVOCO IL CONSENSO**

Assinatura (FIRMA)

- ☐ Paciente (Il/la paziente) _____
- ☐ Progenitores (Il/l genitore/i) _____
- ☐ amministratore de apoio (L'amministratore di Sostegno) _____
- ☐ tutor (Il Tutore) _____
- ☐ pessoa de confiança (Persona di fiducia) (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) _____
- ☐ Mediatore culturale (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"/> _____ _____ _____