

**СОГЛАСИЕ ОТКАЗ ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ НА
ПРОВЕДЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ/МАНТУ - RUSSO**

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

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

ФАМИЛИЯ (COGNOME)	ИМЯ (NOME)
ДАТА РОЖДЕНИЯ МЕСТО РОЖДЕНИЯ (DATA E LUOGO DI NASCITA)	
КОД НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (CODICE FISCALE)	

Заявляю о том, что:

- Прочитал/ла информационный лист о предложенных вакцинах
- сообщил/ла медицинскому персоналу, который проводит вакцинацию, обо всех текущих и/или предыдущих патологиях и проводимом лечении
- Получив исчерпывающую информацию о предлагаемых услугах в сфере здравоохранения, получив информацию о необходимости оставаться в структуре в течение 15 минут после вакцинации,
- подтвердив полное понимание всего, что обсуждалось и было сообщено мне в ходе информативного собеседования со специалистами, имея необходимое время для принятия решения и получив удовлетворительные ответы на заданные вопросы,

Я ДАЮ согласие на проведение мер по здравоохранению (указать) ACCONSENTO
 Я НЕ ДАЮ согласие на проведение мер по здравоохранению (указать), после получения надлежащей информации и осознавая последствия, которые мое несогласие влечет для состояния моего здоровья. NON ACCONSENTO
 Я ОТЗЫВАЮ предварительное СОГЛАСИЕ на проведение мер по здравоохранению, после получения надлежащей информации и осознавая последствия, которые мое несогласие влечет для состояния моего здоровья. REVOCO IL CONSENSO

Подпись (FIRMA)

Пациентом (il/la paziente) _____
 родитель (Il/I genitore/i) _____
 администратор службы поддержки (L'amministratore di Sostegno) _____
 опекун (Il/Tutore) _____
 доверенное лицо (Persona di fiducia) (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) _____
 Культурный посредник (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"/>