

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

OGGETTO: Vaccinazione Anti Papillomavirus (1^a dose) e antimeningococco ACWY

AI SIGNORI GENITORI/TUTORI

Vi informiamo con la presente che il calendario delle vaccinazioni per i minori raccomandato dal Ministero della Salute e adottato dalla Regione Friuli Venezia Giulia, offre la vaccinazione novevalente contro il papillomavirus (HPV) a tutte le ragazze e a tutti i ragazzi a partire dagli 11 anni. Il ciclo vaccinale comprende due dosi (a distanza di cinque-sei mesi), per via intramuscolare sul deltoide. Le informazioni sui vaccini e sulle procedure vaccinali sono disponibili nel materiale informativo inviatoVi tramite la Scuola, ed eventualmente a disposizione presso la stessa.

Assieme alla prima dose del vaccino antipapillomavirus viene proposta la vaccinazione quadrivalente contro il meningococco. La co-somministrazione risulta efficace, ben tollerata e sicura.

La vaccinazione verrà offerta e praticata gratuitamente

il giorno _____ alle ore _____ presso l'ambulatorio _____

Vi invitiamo a compilare e firmare il modulo di consenso e quello dell'anamnesi vaccinale allegati alla presente, che devono essere **PORTATI IL GIORNO DELLA VACCINAZIONE E CONSEGNATI AL PERSONALE VACCINATORE.**

NB:

I Minori devono essere **accompagnati da UN GENITORE O DA UN SUO DELEGATO** (compilare l'apposita sezione del modulo di consenso)

E' possibile delegare una stessa persona ad **accompagnare PIU' di UN MINORE**

Ricordiamo **di portare il cartellino delle vaccinazioni.**

Per eventuali informazioni

tel: 04333488434 (lun e mer)

cell: 344 2757624

e-mail: vaccinazioni.tolmezzo@asufc.sanita.fvg.it

Distinti saluti

AS Moscatelli Lara
Dott. Schiava Flavio

Vaccinazioni dell'adolescenza
Modulistica per la prima seduta

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

I sottoscritti Genitori/Tutori (cognome e nome) _____

(nome e cognome) _____

Del minore _____ nato il _____

Frequentante la CLASSE _____ SEZIONE _____

TELEFONO DI RIFERIMENTO _____

DICHIARANO

1. Di aver preso visione del materiale informativo relativo alle vaccinazioni e alle procedure vaccinali proposte dal Dipartimento di Prevenzione e recapitate tramite la Scuola
2. Di aver preso visione dei recapiti utili a eventuali comunicazioni o approfondimenti
3. Di aver compreso la natura e l'importanza delle vaccinazioni proposte e gli eventuali rischi che la loro somministrazione potrebbe comportare

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO a entrambe le vaccinazioni proposte	<input type="checkbox"/> ACCONSENTO SOLO alla vaccinazione contro _____ (specificare HPV o MENTC)
--	--

In caso di impossibilità a essere presenti alla vaccinazione

DELEGANO

ad accompagnare il/la proprio/a figlio/a presso l'ambulatorio

Il/la Sig./Sig.ra _____

data, _____

Firma dei Genitori/Tutori aventi potestà _____

(In caso di assenza o di impossibilità a firmare da parte di un secondo Genitore avente potestà deve essere compilato e firmato IN AGGIUNTA anche il modello apposito)

ANAMNESI PRE-VACCINALE

DOMANDA	RISPOSTA	NOTE
Sta bene oggi?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ha o ha avuto di malattie importanti? *	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	*Se ha risposto Sì , può specificare quali?
Ha mai avuto le convulsioni febbrili?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci con continuità? *	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	*Se ha risposto Sì , può specificare quali?
Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nell'ultimo anno le sono stati infusi sangue come una trasfusione o immunoglobuline?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	*Se ha risposto Sì , può specificare quali?
Ha avuto delle reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? *	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	*Se ha risposto Sì , può specificare quali?
Vaccinazione/i da effettuare	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indicare quale/i.
Sono state fornite le informazioni ed è stato acquisito il consenso alla vaccinazione?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Firma dei Genitori/Tutori aventi potestà _____

(In caso di assenza o di impossibilità a firmare da parte di un secondo Genitore avente potestà deve essere compilato e firmato IN AGGIUNTA anche il modello apposito)

Data, _____