



- Ospedale Filippo Del Ponte, Varese
 Ospedale Causa Pia Luvini,
 Ospedale Luigi Galmarini, Tradate

MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER VACCINAZIONE ANTI DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE (DTPa) IN GRAVIDANZA

La sottoscritta _____

nata il _____, gravida alla _____ settimane gestazionali

Dichiara:

di aver fornito corrette informazioni sul proprio stato di salute	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
di essere stata adeguatamente informati, di aver avuto possibilità di chiedere chiarimenti e di aver compreso le risposte	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
di essere a conoscenza della possibilità di esprimere il dissenso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dal rifiuto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
di restare in sala d'attesa, seduta, per almeno 20 min. dopo la vaccinazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

pertanto esprimo il

CONSENSO

DISSENSO

alla somministrazione del vaccino anti difterico-tetanico-pertossico (DTPa)

Autorizzo, altresì, ai sensi del Decreto Legislativo 196/03, l'ASST Sette Laghi a sottoporre a trattamento i dati personali/sensibili che riguardano la sottoscritta, in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle **attività vaccinali** nonché per i connessi obblighi di legge.

Luogo _____ Data _____

Firma dell'interessata

Nominativo e/o timbro di chi ha acquisito il consenso

Firma

In caso di revoca: La sottoscritta _____ in data _____ dichiara di

revocare il consenso così come precedentemente espresso in data _____ per il vaccino DTPa

Firma dell'interessata

Firma di chi ha acquisito la revoca
