

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**MODULO DI DELEGA PER LE VACCINAZIONI**

(non utilizzabile per la 1° vaccinazione)

Io sottoscritto/a.....nato/a a

il residente a.....

recapito telefonico (a cui posso essere contattato).....

madre/padre/tutore del minore.....

nato/a.....il.....

Delego a tutti gli effetti

Il/la Signore/a.....nato/a

ilresidente a

Documento di identità n.....

rilasciato da..... in data

ad accompagnare il sopraindicato minore per eseguire le seguenti vaccinazioni.....

.....il giorno.....

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL BAMBINO

(da compilare a cura del genitore non prima del giorno antecedente alla vaccinazione)

1. Il bambino sta bene? SI NO 2. Ha o ha avuto malattie importanti? SI NO

Se sì, specificare quale malattia e quando

3. Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche o di malattie del sistema immunitario? SI NO

Se sì, specificare di che tipo

4. Ha mai avuto convulsioni? SI NO Se sì, le ha avute con febbre? SI NO



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O.C. SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

| | | | | | |
|----|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| | Se sì, le ha avute senza febbre? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci con continuità? Se sì, specificare quali | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| | Se sì, specificare se: cortisonici ad alte dosi | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| | Se sì, specificare se: antineoplastici | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni, immunoglobuline)? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. | E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se sì, a cosa? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì, di che tipo? Descrivere la reazione | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Dichiaro inoltre che la persona delegata è informata sulle condizioni di salute del bambino.

.....
Data

.....
Firma

NB: la persona che accompagna il bambino deve presentarsi con la copia del documento di identità del genitore che firma la delega e con il proprio documento di identità.

Nota per i genitori:

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>.

| | |
|------|-----------------------|
| Data | Firma del dichiarante |
|------|-----------------------|