



**MODULO INFORMATIVO E DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE
CONTRO L'INFLUENZA DA VIRUS A/H1N1v 2009**

Lei ovvero Suo/a figlio/a o la persona che Lei legalmente rappresenta sta per essere sottoposto/a alla vaccinazione contro l'influenza pandemica da virus A/H1N1v.

Una pandemia si verifica quando un nuovo virus influenzale circola in tutto il mondo e si diffonde facilmente da persona a persona perché non si è immunizzati (protetti) contro di esso.

Le manifestazioni dell'influenza pandemica in corso sono simili a quelle della comune influenza ma, talvolta, possono essere particolarmente gravi.

Al fine di contrastare la diffusione del virus, l'Autorità sanitaria nazionale offre la vaccinazione, in via prioritaria, a quelle categorie di persone per le quali è atteso il massimo beneficio, non solo come singoli, ma anche in termini di ricaduta sulla collettività.

Il vaccino FOCETRIA "stimola" le difese naturali dell'organismo, rendendole pronte nel caso di esposizione al virus pandemico. Quando una persona viene vaccinata, riceve, con una iniezione, alcune proteine del virus che non possono causare l'influenza, ma sono in grado di promuovere la formazione di anticorpi.

Oltre alle proteine del virus, il vaccino contiene un "adiuvante", cioè un composto in grado di favorire una risposta più efficace.

La confezione multidose contiene una quantità di vaccino utile per 10 trattamenti. Per evitare contaminazioni e garantire che la qualità del vaccino resti inalterata tra una vaccinazione e quella successiva, è stato aggiunto un conservante contenente mercurio, da tempo utilizzato in molte preparazioni farmaceutiche.

Io sottoscritto/a _____
dichiaro:

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:
 - informazioni contenute nell'allegato foglio illustrativo del vaccino FOCETRIA;
 - benefici e potenziali rischi della vaccinazione contro il virus A/H1N1;
 - necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 30 minuti, dopo la vaccinazione;
 - necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

PERTANTO, ESPRIMO **CONSENSO**
ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE SOPRA INDICATA

DISSENSO

firma leggibile dell'interessato/a o del rappresentante legale del/la minore o della persona incapace

firma dell'operatore sanitario

Data _____