



S.C. Interaziendale MEDICINA DEL LAVORO
ASL CN 1 – ASO S. Croce e Carle di Cuneo
Direttore: Dott. BARATTI Alberto

Responsabile S.S. Medico Competente: Dr.ssa Laura GERBAUDO
Via Monte Zovetto, 18 ☎ 0171-641363 ☎ 0171-641371
12100 CUNEO E-mail: segreteria.medico.competente@ospedale.cuneo.it
medico.competente@ospedale.cuneo.it

**VACCINO ANTI-INFLUENZALE VAXIGRIP TETRA
(VACC. QUADRIVALENTE)
(PREPARATO CON VIRUS FRAMMENTATI “SPLIT” INATTIVATI)
LOTTO n. W3E101V SCAD 30/04/2023**

Data ____/____/____

COGNOME NOME _____ **Sesso:** ☐ M ☐ F

DATA DI NASCITA ____/____/____ **A** _____

STRUTTURA _____ **CODICE FISCALE** _____

QUALIFICA _____

ANAMNESI PREVACCINALE

Oggi si sente bene ☐ Sì ☐ No

E' allergico all'uovo o alle proteine del pollo con manifestazioni anafilattiche ☐ Sì ☐ No

E' allergico o ha ipersensibilità ai seguenti farmaci o principi attivi:

neomicina - formaldeide - 9 ottossinolo - sodio cloruro - potassio cloruro –

sodio fosfato dibasico diidrato - potassio diidrogeno fosfato ☐ Sì ☐ No

Ha mai avuto reazioni allergiche o eventi avversi a seguito di vaccini ☐ Sì ☐ No

Se sì, quale reazione: _____ a quale vaccino _____

Sta assumendo farmaci o effettuando trattamenti ☐ Sì ☐ No
se sì specificare _____

È già stato vaccinato contro l'influenza negli anni scorsi ☐ Sì ☐ No

se sì, ha mai avuto reazioni gravi alle precedenti vaccinazioni contro l'influenza ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare: _____



VAXIGRIP TETRA può essere utilizzato durante tutte le fasi della gravidanza
VAXIGRIP TETRA può essere utilizzato durante l'allattamento

Io sottoscritto/a

_____ ,
dichiaro:

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute;
- 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;
- benefici e potenziali rischi della vaccinazione;
- necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la vaccinazione;
- necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

pertanto esprimo:

☐ CONSENSO

☐ DISSENSO

ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE SOPRA INDICATA

firma leggibile dell'interessato

