



**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](mailto:segreteria.medico.competente@ospedale.cuneo.it)  
[medico.competente@ospedale.cuneo.it](mailto: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 ottoxinolo - 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 puo' essere utilizzato durante tutte le fasi della gravidanza  
VAXIGRIP TETRA puo' 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*