

Nome (scrivere in stampatello)		Data di nascita	Sesso	Paese di residenza
Indirizzo		Città	Stato	Codice postale
Telefono		I ragazzi di età inferiore ai 19 anni devono indicare il cognome da nubile della madre		
Numero richiesta di risarcimento Medicare		Nome del medico		
Società di assicurazione sanitaria		Indirizzo del medico		
Numero di polizza	Clinica/Centro di somministrazione del vaccino		Consenso NYSIIS ≥ maggiori di 19 anni <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	

Rispondere alle seguenti domande per se stessi o per la persona che riceve il vaccino.

- No Sì Attualmente è malato con febbre?
- No Sì Ha mai avuto reazioni allergiche potenzialmente letali a qualsiasi componente (o parte) del vaccino antinfluenzale o antipneumococcico?
In caso affermativo, descrivere quali: _____
- No Sì Ha mai sviluppato sindrome di Guillain-Barre entro 6 settimane dalla vaccinazione antinfluenzale?
- No Sì Ha mai fatto un vaccino contro la polmonite?
- No Sì È fumatore o soffre di patologie croniche, ad esempio asma, malattie cardiache o polmonari?
In caso affermativo, descrivere quali: _____
- No Sì Ha mai avuto reazioni allergiche potenzialmente letali alle uova o prodotti a base di uova?
- No Sì Attualmente è in stato di gravidanza?
- No Sì Ha precedenti di asma o respiro affannoso?
- No Sì Se bambino o adolescente, sta assumendo terapia con aspirina a lungo termine?
- No Sì Ha il sistema immunitario compromesso o è a stretto contatto con una persona con sistema immunitario gravemente compromesso che necessita di cure speciali?
- No Sì Ha ricevuto altri vaccini nelle ultime 4 settimane?
- No Sì Ha assunto un farmaco antivirale per l'influenza nelle ultime 48 ore?

Consenso alla vaccinazione antinfluenzale

Ho letto, o mi è stata illustrata, la Dichiarazione informativa sui vaccini (Vaccine Information Statement, VIS) relativa alla vaccinazione **antinfluenzale**. Ho avuto la possibilità di fare domande, alle quali è stata data risposta soddisfacente e prendo atto dei benefici e dei rischi della vaccinazione che mi sono stati spiegati. Chiedo che mi venga fatta la vaccinazione **antinfluenzale** (o che venga fatta alla persona sopra indicata per la quale sono autorizzato a fare la richiesta). Autorizzo la comunicazione di qualsiasi informazione medica o di altro tipo necessaria alla gestione della pratica di risarcimento Medicare o di altra assicurazione o per altri scopi di salute pubblica. Ho ricevuto una copia della Carta dei diritti del paziente (Patient Bill of Rights).

Firma del destinatario (o del genitore o tutore) _____ Data _____

Consenso alla vaccinazione antipneumococcica

Ho letto, o mi è stata illustrata, la Dichiarazione informativa sui vaccini (Vaccine Information Statement, VIS) relativa alla vaccinazione **antipneumococcica**. Ho avuto la possibilità di fare domande, alle quali è stata data risposta soddisfacente e prendo atto dei benefici e dei rischi della vaccinazione che mi sono stati spiegati. Chiedo che mi venga fatta la vaccinazione **antipneumococcica** (o che venga fatta alla persona sopra indicata per la quale sono autorizzato a fare la richiesta). Autorizzo la comunicazione di qualsiasi informazione medica o di altro tipo necessaria alla gestione della pratica di risarcimento Medicare o di altra assicurazione o per altri scopi di salute pubblica. Ho ricevuto una copia della Carta dei diritti del paziente (Patient Bill of Rights).

Firma del destinatario (o del genitore o tutore) _____ Data _____

La parte sottostante dev'essere compilata a cura dell'infermiere addetto

Vaccinazione antinfluenzale

Data di somministrazione _____

Punto di somministrazione Braccio sinistro Braccio destro Nasale
 Coscia sinistra Coscia destra

Dosaggio 0,5 ml 0,25 ml Vaccino influenzale vivo attenuato (LAIV)

Produttore e Numero di lotto _____

Data VIS _____

Firma dell'infermiere addetto _____

Data prossima somministrazione: Tra un anno Tra 4 settimane
 Altro _____

Vaccinazione antipneumococcica

Data di somministrazione _____

Punto di somministrazione Braccio sinistro Braccio destro
 Coscia sinistra Coscia destra

Produttore e Numero di lotto _____

Data VIS _____

Firma dell'infermiere addetto _____

Data prossima somministrazione: Non necessaria
 Altro _____