

DATI ANAGRAFICI GENITORE

COGNOME: _____

NOME: _____

SESSO: MASCHIO FEMMINA

DATA DI NASCITA: ___ / ___ / _____

LUOGO DI NASCITA: _____

NAZIONALITA' _____

TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL: _____

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO/VACCINANDO

COGNOME: _____

NOME: _____

SESSO: MASCHIO FEMMINA

DATA DI NASCITA: ___ / ___ / _____

LUOGO DI NASCITA: _____

NAZIONALITA' _____

RESIDENZA _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

PEDIATRA/MEDICO: Dott. _____

TEL. Pediatra _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Io sottoscritto, le cui generalità sono sopra riportate, dichiaro di essere il genitore/legale rappresentante del minore e, **in accordo con l'altro genitore del minore**, i cui dati sono riportati alla voce "dati anagrafici assistito", presto il consenso alla effettuazione della vaccinazione contro influenza, secondo quanto previsto dal PNPV 2017/2019.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver partecipato della videoconferenza tenutasi il giorno 8/11/2021 e di avere ricevuto le informazioni riguardo la vaccinazione antinfluenzale e il vaccino spray nasale che sarà somministrato SI NO

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto la nota informativa, inviata dalla scuola, con la quale ho ottenuto le necessarie informazioni riguardanti la vaccinazione antinfluenzale e il vaccino spray nasale che sarà somministrato SI NO

Anamnesi: domande riguardanti la storia clinica del/la bambino/a

Il/la bambino/a sta bene? SI NO

Il/la bambino/a ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici? SI NO

Il/la bambino/a è allergico ad uno qualsiasi degli eccipienti (Saccarosio, Fosfato dipotassico Diidrogenofosfato di potassio, Gelatina porcina, di tipo A, Arginina cloridrato, Glutammato monosodico monoidrato) o ha mai presentato reazione allergica severa, ad es. anafilassi, alle uova o alle proteine delle uova, ad es. ovoalbumina, o alla Gentamicina? SI NO

Il/la bambino/a ha immunodeficienza clinica a causa di condizioni o terapie immunosoppressive quali leucemie acute e croniche, linfomi, infezione sintomatica da HIV, carenze immunocellulari e trattamento con corticosteroidi ad alte dosi? SI NO

Il/la bambino/a è affetto da asma severo non controllato SI NO

Il/la bambino/a assume una terapia a base di salicilati (Aspirina)? SI NO

Il/la bambino/a ha già compiuto i due anni di età? SI NO

Il/la bambino/a fa ricevuto vaccini nell'ultimo mese? SI NO

Se si quali? _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER FINALITÀ DI TUTELA DELLA SALUTE
(artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 e artt. 78-79 del D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.)

Ai sensi della normativa vigente - Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 e D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 s.m.i., i suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria che, in qualità di Titolare del trattamento, è tenuta a garantire la sicurezza dei suoi dati personali e particolari contro rischi presentati dal trattamento che derivano in particolare dalla distruzione, dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso, in modo accidentale o illegale, a dati trasmessi, conservati o comunque trattati.

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a, le cui generalità sono riportate nella sezione dati anagrafici, dichiara, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi in qualità di essere:
(barrare la parte interessata)

- esercente la responsabilità genitoriale
- persona fiduciaria
 - esercente la legale rappresentanza
 - amministratore di sostegno
 - persona unita civilmente

- prossimo congiunto
- persona convivente
- persona familiare:

.....

- persona responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (paziente)

[] che codesta Azienda Sanitaria ha fornito le informazioni sul trattamento dei dati personali, anche particolari, precedentemente all'erogazione della prestazione sanitaria;

[] che codesta Azienda Sanitaria ha fornito le informazioni sul trattamento dei dati personali, anche particolari, successivamente all'erogazione della prestazione sanitaria;

Data ____ / ____ / ____

Firma

(per esteso e leggibile)

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO PROGETTO VACCINIAMO NELLE SCUOLE**

Gentile Genitore,

siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul progetto "Vacciniamo nelle scuole" per capire gradimento ed utilità dell'iniziativa e valutare la possibilità di ripeterla.

Le chiediamo, pertanto, di compilare il presente questionario, completamente anonimo, al fine di verificare la qualità della prestazione in un'ottica di miglioramento, sempre più basata sull'ascolto.

Il questionario potrà essere consegnato presso la scuola dove frequenta sua/o figlia/o.

La ringraziamo infinitamente per la collaborazione.

Chi compila il questionario è: il papà la mamma altro _____

Titolo di studio di chi compila il questionario:

Elementare Media inferiore Scuola superiore Laurea

Professione di chi compila il questionario:

<input type="checkbox"/> Operaio/a	<input type="checkbox"/> Impiegato/a	<input type="checkbox"/> Dirigente /Professionista	<input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante	<input type="checkbox"/> Pensionato/a
<input type="checkbox"/> Disoccupato	<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Casalinga	<input type="checkbox"/> Altro	

La/il bambina/o è stata/o vaccinata/o contro influenza a **SCUOLA**: sì no

La/il bambina/o è stata/o vaccinata/o contro influenza dal **PEDIATRA**: sì no

Le chiediamo di indicare con una **X**, la valutazione su queste domande:

	Si	No	Abbastanza
Ha gradito la possibilità di vaccinare suo/a figlia/o direttamente a scuola?			
Ha partecipato alla videoconferenza organizzata per spiegare il progetto?			
Ha avuto modo di visionare la lettera inviata dalla scuola con le informazioni sulla vaccinazione?			
Ha parlato con il Pediatra del bambino della vaccinazione contro influenza?			
Ritiene che la vaccinazione a scuola sia stata una buona esperienza per sua/o figlia/o?			
Ripeterebbe l'esperienza?			
Consiglierebbe l'esperienza ad altri?			

EVENTUALI OSSERVAZIONI da segnalare in merito al servizio che la ASLRoma I Le ha prestato:
