

VACCINATION ANTI-COVID19

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT pour les mineurs

Nom et prénom du destinataire du vaccin:	
Date de naissance:	Lieu de naissance:
Téléphone:	Résidence:

Je, soussigné _____ né à..... le
résidant à adresse
en tant que **mère** [] représentant légal []

Je, soussigné _____ né à..... le
résidant à adresse
en tant que **père** [] représentant légal []

- J'ai lu, on m'a expliqué dans une langue connue et j'ai bien compris la Note Informatrice rédigée par l'Agence italienne du médicament (AIFA) du vaccin: ""
- J'ai informé le Médecin des pathologies actuelles et/ou passées du destinataire du vaccin et des thérapies en cours.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions sur le vaccin et l'état de santé du destinataire du vaccin et j'ai reçu des réponses complètes que j'ai comprises.
- J'ai été correctement informé avec des mots qui étaient clairs pour moi. Je comprends les avantages et les risques de la vaccination, les options et les alternatives thérapeutiques, ainsi que les conséquences d'un refus ou d'un refus de compléter la vaccination par la deuxième dose, le cas échéant.
- Je suis conscient qu'en cas d'effets secondaires, il sera de ma responsabilité d'informer immédiatement le Médecin traitant et de suivre ses instructions.
- J'accepte que la personne vaccinée reste dans la salle d'attente pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin afin de s'assurer qu'aucune réaction indésirable immédiate ne se produise.

Je consens et autorise l'administration du vaccin "....." à

DATE ET LIEU

Signatures des parents ou du Représentant légal

En cas d'absence d'un des parents, alternativement:

- une procuration pour l'acceptation de la vaccination par le parent absent peut être produite
- le parent présent déclare et signe que : le parent absent
n'a pas pu se présenter, mais consent à la vaccination

signature.....

Je refuse l'administration du vaccin "....."

Date et lieu.....

Signature de la personne refusant le vaccin ou de son Représentant légal

Professionnels de Santé de l'équipe de vaccination

1. Nom et prénom (Médecin)

Je confirme que le destinataire du vaccin a donné son consentement à la Vaccination, après avoir été informé de manière adéquate.

Signature

2. Nom et prénom (Médecin ou autre Professionnel de Santé)

Rôle

Je confirme que le destinataire du vaccin a donné son consentement à la vaccination, après avoir été informé de manière adéquate.

Signature