

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA**
DELEGA SCRITTA
PER I MINORI NON ACCOMPAGNATI DAI GENITORI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ recapito telefonico _____

genitore/tutore del minore _____ nato/a a _____ il _____

delega a tutti gli effetti

il/la signore/a maggiorenne _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ documento di riconoscimento n. _____ rilasciato da _____

ad accompagnare il sopraindicato minore
per eseguire le seguenti vaccinazioni _____ il giorno _____.
Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di aver letto il materiale informativo, di conoscere i vantaggi della vaccinazione e gli eventuali effetti collaterali;
- che la persona delegata che accompagna il minore è informata sulle sue condizioni di salute.

La persona che accompagna il minore deve presentarsi con:

- la presente delega debitamente compilata e firmata dal genitore/tutore;
- la seguente scheda di triage pre-vaccinale;
- la copia del documento di riconoscimento del genitore/tutore che delega;
- il proprio documento di riconoscimento.

SCHEDA STANDARDIZZATA DI TRIAGE PRE-VACCINALE

Il minore sta bene oggi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore ha o ha avuto malattie importanti? Se sì, specificare la patologia e quando: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore ha sofferto di patologie neurologiche o del sistema immunitario? Se sì, specificare la patologia e quando: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore ha mai avuto le convulsioni? Se sì, con febbre?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore prende farmaci regolarmente? Se sì, che tipologia di farmaci e per che patologia? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore prende cortisonici ad alte dosi, antitumorali o antiepilettici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore è stato sottoposto negli ultimi 3 mesi a terapia radiante?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore nell'ultimo mese ha ricevuto trasfusioni di sangue o altri emoderivati?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore è allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se sì, a cosa? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì, che tipologia di reazioni? Descrivere la reazione: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Ove previsto, il genitore delegante dichiara di aver raccolto il consenso e il parere favorevole anche dell'altro genitore.

 Data

 Firma del genitore/tutore