

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Consenso Informato Antimeningo B (SISP.MO.2534.00).doc
		pag1/2

Consenso informato e richiesta di vaccinazioni prioritarie ANTIMENINGOCOCCO - B

Il/La sottoscritto/a _____ avendo la potestà genitoriale nei confronti del minore _____ nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____ (____) in _____ tel. _____ tel. mobile _____ e-mail _____

CHIEDE

che il minore sia sottoposto a:

vaccinazione contro **meningococco B**

INFORMAZIONI SU POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

Infezione da Meningococco B. Può provocare malattie gravi. Può manifestarsi come meningite o come setticemia. Nel 10% dei casi permangono sequele neurologiche e nel 3-7 % dei casi sequele maggiori (deficit cognitivi o motori, sordità, convulsioni, disturbi della vista, idrocefalo).

Mediamente ogni anno in Italia si ammalano di malattia meningococcica circa 150 persone, in maggioranza bambini. Negli ultimi anni il sierogruppo **B** è il più rappresentato (59,6% dei casi).

I restanti casi sono dovuti per la maggior parte al meningococco **C**.

La malattia colpisce prevalentemente i bambini sotto i 5 anni di età e in particolare nei primi 12 mesi di vita; si può manifestare in soggetti con altre malattie predisponenti e in soggetti che vivono in collettività (militari, studenti in collegi). Un'altra fascia interessata, anche se con minor frequenza, è quella degli adolescenti e dei giovani adulti.

Il vaccino antimeningococco **B** è offerto con schedula a tre dosi (**3°-5°** e tra il **12°-15°** mese).

È gratuito per i nuovi nati, a partire dal 2017.

Dai test effettuati, il vaccino appare efficace nell'87% dei casi. La durata della protezione non è ancora nota.

Effetti collaterali:

Il vaccino antimeningococco **B** di solito provoca reazioni febbrili e reazioni e reazioni locali (rossore , dolore e gonfiore nel punto di iniezione). Per ridurre la febbre e il dolore può essere utile somministrare paracetamolo e ghiaccio a livello locale. A volte le reazioni locali possono essere intense e prolungate con dolore e gonfiore persistenti per diversi giorni con agitazione e irritabilità. In caso è utile somministrare paracetamolo anche in assenza di febbre.

Come tutti i vaccini eccezionalmente si possono verificare reazioni allergiche gravi.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679

Gentile Sig.ra/Sig., ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 la informiamo che il **Titolare del trattamento dei dati** personali è rappresentato dal Direttore Generale pro-tempore, e-mail direttore.generale@aslvc.piemonte.it, il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di

Stesura F. Cussotto Novembre 2019	Verifica: V. Silano Novembre 2019	Autorizzazione: V. Silano Novembre 2019	Emissione: V. Silano Novembre 2019
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Consenso Informato Antimeningo B (SISP.MO.2534.00).doc pag2/2
---	---------------	--

correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e verranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici per le finalità istituzionali che rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale, per fornire prestazioni e servizi di cui necessita e per cui si è rivolto all'ASL VC. Si precisa che il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto la mancanza degli stessi non consente l'espletamento del procedimento.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti se non specificatamente autorizzati a riceverli nei casi previsti dalla Legge 7/8/1990 n. 241 e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (ex art. 71 Legge 445/2000), né saranno oggetto di diffusione.

Il **Responsabile del trattamento dei dati** è contattabile all'indirizzo dpo@aslvc.piemonte.it

La informiamo, infine, che ai sensi degli articoli previsti dal Capo III del GDPR Lei potrà esercitare in ogni momento i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, il diritto alla portabilità dei dati e il diritto di opposizione inviando una mail all'indirizzo ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it o per posta all'indirizzo: S.C. GESTIONE AFFARI ISTITUZIONALI – UFFICIO PROTOCOLLO C.so M. ABBIATE n° 21 - 13100 VERCELLI.

Inoltre, ha il diritto di presentare reclamo al Garante della privacy o di ricorrere all'autorità giudiziaria, di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

L'informativa completa è disponibile al link:

<http://www.aslvc.piemonte.it/tutela-e-partecipazione/tutela-della-privacy>

Data _____ Firma _____

DELEGA

(da sottoscrivere in caso di impossibilità ad accompagnare il minore)

Il/La sottoscritto/a _____

NON POTENDO accompagnare il minore _____

nato/a a _____ (____) il _____ di cui ho la potestà genitoriale, con

la presente **DELEGO** il/la Sig./ra _____

documento tipo _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

AD ACCOMPAGNARE IL MINORE

per eseguire la/le vaccinazione/i per la/le quale/i ho espresso il consenso.

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti il minore che deve eseguire la/le vaccinazione/i.

Data _____ Firma _____

N.B. Allegare copia documento del delegante.

Nota per i genitori e/o persona che ha la potestà genitoriale:

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il delegante e/o richiederne la convocazione

Stesura	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
F. Cussotto Novembre 2019	V. Silano Novembre 2019	V. Silano Novembre 2019	V. Silano Novembre 2019
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			