

Modulo di assenso alla vaccinazione contro il meningococco con MENACTRA®

Generalità dell'alunno/a: (Cognome) _____ (Nome) _____

Data di nascita: (Anno) _____ (Mese) _____ (Giorno) _____ Sesso: Maschile Femminile

Numero della tessera sanitaria dell'Ontario (OHIP) se disponibile: _____

Nome della scuola: _____ Classe: _____

I genitori sono pregati di:

- a) Riempire la sezione **SÌ** oppure la sezione **NO**.
- b) Indicare se il figlio o figlia ha già ricevuto un vaccino meningococcale (“contro la meningite”).

SÌ, acconsento alla somministrazione di una dose di vaccino MENACTRA® da parte del Dipartimento della Sanità di Toronto (Toronto Public Health) a mio/a figlio/a _____.

Ho letto il foglio informativo del dipartimento Toronto Public Health in merito al vaccino MENACTRA®. Comprendo i benefici, i rischi e i possibili effetti collaterali che possono derivare a mio/a figlio/a dalla vaccinazione con il MENACTRA®. Comprendo che posso ritirare il mio assenso in qualsiasi momento. Nel caso che mio/a figlio/a dovesse manifestare una reazione contraria al vaccino mi recherò immediatamente da un medico e contatterò il dipartimento Toronto Public Health. Al momento attuale, per proteggere mio/a figlio/a è necessaria una sola dose del vaccino in oggetto.

Data: _____ Firma: _____ Telefono # (ore diurne) _____
aaaa/mm/gg (Madre / Padre / Tutore o tutrice)

OPPURE -----

MIO/A FIGLIO/A HA GIÀ RICEVUTO IL SEGUENTE o I SEGUENTI vaccini meningococcali (“contro la meningite”):

Menomune® _____ (data della somministrazione)

Men AC® _____ (data della somministrazione)

MENACTRA® _____ (data della somministrazione)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® _____ (data della somministrazione)

OPPURE -----

NO, non acconsento alla somministrazione del vaccino MENACTRA® da parte del Dipartimento della Sanità di Toronto (Toronto Public Health) a mio/a figlio/a _____. Comprendo le possibili conseguenze della mancata vaccinazione di mio/a figlio/a.

Data: _____ Firma: _____
aaaa/mm/gg (Madre / Padre / Tutore o tutrice)

Preghiamo i genitori di contattare la linea telefonica informativa sulle immunizzazioni (Immunization Information Line) al numero 416-392-1250:

- Nel caso di una futura vaccinazione meningococcale del figlio o figlia da parte di un altro operatore sanitario.
- Per maggiori informazioni, qualora necessarie, in merito al vaccino in oggetto.

Le informazioni sanitarie personali indicate nel presente modulo vengono raccolte in base ai poteri conferiti dalla *Legge sulla protezione e promozione della salute* (Health Protection and Promotion Act), Revisione leggi dell'Ontario 1990, Capo 7, e usate per il piano *Malattie prevenibili con la vaccinazione* del dipartimento Sanità di Toronto (Toronto Public Health Vaccine Preventable Diseases Program). **Le informazioni qui contenute sono a carattere riservato e protette come tali.** Maggiori informazioni possono essere attinte dalla nostra dichiarazione in materia di privacy all'indirizzo www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm oppure scrivendo all'indirizzo: Manager, Vaccine Preventable Diseases - 850 Coxwell, Avenue, Toronto ON, M4C 5R1 o telefonando al numero 416 392-1250.

FOR NURSE'S USE ONLY

MENACTRA[®] vaccine required : yes no

Nursing Assessment Questions

1. Have you received needles for MENACTRA [®] immunization before today?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
3. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Are you allergic to the following: i/ Latex ii/ Diptheria Toxoid iii/ Other	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no _____
5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS) (note: GBS is a neurological disorder that causes muscle paralysis)	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
7. Do you have any serious health problems, i.e. seizures, paralysis, history of fainting? Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Comments:
8. Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no

<p><u>Nursing Notes:</u></p> 	<p><u>Vaccine:</u> MENACTRA[®] Dose:0.5 ml</p> <p>Lot # _____</p> <p>R / L deltoid Route: <u>IM</u></p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <hr style="border: 1px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Signature of Nurse</p>
---	---