 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Consenso Informato Antimeningococco A C W135 Y Coniugato (SISP.MO.2533.00).doc
		pag1/2

## Consenso informato e richiesta di vaccinazioni prioritarie ANTIMENINGOCOCCO - A C W135 Y CONIUGATO

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 A C W135 Y**

### INFORMAZIONI SU POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

**Infezioni da meningococco.** Possono determinare meningite grave, con mortalità o sequele nel 10-25% dei casi; sepsi, polmonite, congiuntivite, artrite, miocardite.

La malattia meningococcica ogni anno colpisce circa 200 persone in Italia ed è dovuta prevalentemente ai tipi **B e C**.

I tipi **A W135 Y** sono attualmente più diffusi in Europa e in altri paesi. E' più frequente nei bambini di età inferiore a un anno, negli adolescenti e in soggetti in collettività.

**Il vaccino antimeningococco A C W135 Y coniugato, attualmente disponibile,** si è dimostrato sicuro ed efficace.

Le reazioni più comuni sono gonfiore ed arrossamento in sede di iniezione, febbre, mialgia ed artralgia negli adulti, disturbi gastrointestinali.

Il vaccino è offerto con il vaccino antitetano-difterite-pertosse acellulare, poliomielite in unica dose.


Come per tutti i vaccini, le reazioni allergiche sono state riportate molto raramente.

### 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](mailto:direttore.generale@aslvc.piemonte.it), il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di 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.

Stesura F. Cussotto Novembre 2019	Verifica: V. Silano Novembre 2019	Autorizzazione: V. Silano Novembre 2019	Emissione: V. Silano Novembre 2019
--------------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Consenso Informato Antimeningococco A C W135 Y Coniugato (SISP.MO.2533.00).doc pag2/2
---	---------------	---

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](mailto: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](mailto: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 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>			