

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO PER LA IMMUNIZZAZIONE
PASSIVA CON ANTICORPO MONOCLONALE CONTRO IL VIRUS RESPIRATORIO
SINCIZIALE (VRS) NEI NEONATI/ BAMBINI IN ASP TRAPANI**

A seguito della consegna del documento Informativo ed al counselling relativo ai vantaggi dell immunizzazione passiva del neonato e del bambino sotto un anno di vita con anticorpo monoclonale contro il virus respiratorio sinciziale (VRS) offerto attivamente e gratuitamente dalla Regione Siciliana. Consci dei potenziali rischi legati alla mancata immunizzazione e alle conseguenze di contrarre il VRS durante il primo anno di vita del neonato.

Dati identificativi del bambino

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/...../.....

Dati identificativi dei genitori

Padre/Tutore Legale:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/...../.....

Madre/Tutore Legale:

Nome.....Cognome.....

Nata a.....il/...../.....

Recapito telefonico di riferimento Tel/cell.....

Eventuale esecuzione vaccinazione anti-VRS in gravidanza della mamma

Data vaccinazione..... Centro di Vaccinazione.....

In caso di vaccinazione VRS materna non procedere alla somministrazione di anticorpi monoclonali se non in particolari situazioni (es. evento nascita < 14 gg dalla data di vaccinazione preF RSV materna).

SI RICORDA CHE L'IMMUNIZZAZIONE È GRATUITA NEI BAMBINI NATI DAL 1 OTTOBRE AL 31 MARZO NEI REPARTI DI NEONATOLOGIA ASP TRAPANI ENTRO 24-48 ORE DAL PARTO E COMUNQUE ENTRO LA DIMISSIONE E NEI BAMBINI NATI DAL 1 APRILE 2025 AL 30 SETTEMBRE 2025 (A PARTIRE DAL MESE DI OTTOBRE) DAL PLS O PRESSO IL CENTRO VACCINALE DI RIFERIMENTO.

Dichiarazione del consenso/dissenso informato

Il/la sottoscritto/a

in qualità di: padre ☐ madre ☐ tutore ☐ del/la immunizzando/a

DICHIARA

di aver ricevuto materiale informativo specifico sull'argomento, che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto, e di avere ricevuto adeguate informazioni dal sanitario di riferimento che ha risposto ad eventuali dubbi o domande:

- ☐ sulla modalità di effettuazione dell'immunizzazione passiva contro il VRS e la via di somministrazione degli anticorpi monoclonali;
- ☐ sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali dell'immunizzazione passiva contro il VRS, nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata immunizzazione;
- ☐ sulle condizioni morbose che costituiscono indicazione assoluta alla immunizzazione passiva;
- ☐ sugli eventuali effetti collaterali dell'immunizzazione passiva contro il VRS e sulla probabilità del loro verificarsi, nonché sulle possibilità e modalità del loro trattamento;
- ☐ sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per acquisire ulteriori informazioni tramite riferimenti indicati nella scheda informativa.

Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di dati falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi vigenti in materia dichiara sotto la propria responsabilità:

- ☐ di aver riferito correttamente informazioni sullo stato di salute dell'immunizzando;
- ☐ di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura di immunizzazione;
- ☐ di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale, ai sensi della normativa vigente ;

e quindi di:

- ☐ ACCETTARE liberamente e in piena coscienza l'immunizzazione contro il VRS proposta
- ☐ NON ACCETTARE liberamente e in piena coscienza l'immunizzazione contro il VRS proposta

Data...../...../.....

Firma genitore.....

Operatore Sanitario: Nome Cognome

Firma