

# MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

A cura di A.N.M.V.I. e Avv. Daria Scarciglia

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Proprietario/a o Affidatario/a di: \_\_\_\_\_  
(nome e microchip dell'animale)

CANE  GATTO  ALTRO: \_\_\_\_\_ Razza: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Età: \_\_\_\_\_

**DICHIARO** di aver ricevuto, in merito all'animale sopraindicato, tramite colloquio con il Dott. / la Dott.ssa:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla modalità di effettuazione della/e vaccinazione/i e la via di somministrazione del/i vaccino/i;
- sui vantaggi, il grado di efficacia della vaccinazione nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire maggiori informazioni;
- sulla possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina.

**DICHIARO** di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute dell'animale sopraindicato.

**DICHIARO** di essere stato informato che il vaccino contro la rabbia è obbligatorio per legge quando ci si reca all'estero con l'animale.

**DICHIARO** inoltre di essere stato informato circa il carattere volontario della vaccinazione contro le seguenti malattie:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CIMURRO (CANE)           | <input type="checkbox"/> LEPTOSPIROSI (CANE)                           |
| <input type="checkbox"/> ADENOVIROSI (CANE)       | <input type="checkbox"/> FELV (GATTO)                                  |
| <input type="checkbox"/> PARVOVIROSI (CANE/GATTO) | <input type="checkbox"/> PANLEUCOPENIA-HERPESVIRUS-CALICIVIRUS (GATTO) |
| <input type="checkbox"/> ALTRO: _____             |  |

**HO DECISO** di:

- accettare il profilo vaccinale propostomi
- di non far eseguire alcuna vaccinazione sotto la mia piena responsabilità
- di optare, sotto la mia piena responsabilità, per un profilo meno esteso comprendente i seguenti vaccini:

Pertanto, nella mia piena capacità di intendere e di volere e preso atto della situazione illustratami,

- AUTORIZZO** il Dott./la Dr.ssa \_\_\_\_\_ ad effettuare sull'animale di cui sopra le vaccinazioni che mi sono state prospettate.
- NON AUTORIZZO** il Dott./la Dott.ssa \_\_\_\_\_ ad effettuare sull'animale di cui sopra le vaccinazioni che mi sono state prospettate.
- AUTORIZZO** il Dott./la Dott.ssa \_\_\_\_\_ ad effettuare sull'animale di cui sopra unicamente le vaccinazioni da me sopra indicate.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(il proprietario o l'affidatario dell'animale)