

DICHIARAZIONE di DISSENSO INFORMATO/ REVOCA
إقرار بعدم الموافقة /إلغاء الموافقة

Nome e Cognome del vaccinando

.....
 أسم ولقب من يجرى عليه التحصين
 Nato/a il/...../.....
 مكان الميلاد تاريخ الميلاد

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)

في حالة تحصين/ تطعيم قاصر (بيانات الوالدين)
 Padre (Nome e Cognome): nato a il/...../.....
 (أسم ولقب العائلة) الأب مكان الميلاد تاريخ الميلاد
 Madre (Nome e Cognome) : nata a il/...../.....
 (أسم ولقب العائلة) الأم مكان الميلاد تاريخ الميلاد

In caso di soggetto incapace:

في حالة تطعيم/تحصين شخص غير عاقل

Rappresentante Legale (tutore o altro):..... nato/a a il/...../.....
 الذي ينوب عنه قانونيا (الواصي أو غيره) مكان الميلاد تاريخ الميلاد
 Identificato tramiterilasciato da il
 نوع مستند تحقيق الشخصية صادر من تاريخ الإصدار

I sottoscritt _/_ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

أنا الموقع/ة أدناه.....على علم بالمسؤولية وبالتوابع المدنية والجنائية, في حالة الإدلاء ببيانات غير صحيحة و/أو إقرار الزور, تطبيقا للمادة رقم 76 من قانون رئاسة الجمهورية 445 لسنة 2000 والتعديلات والإضافات التي طرأت عليه فيما بعد ,وأيضا في حالة تقديم مستندات تتضمن بيانات غير صحيحة.

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

أقر على مسئوليتي

di aver ricevuto tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

أنني تلقيت بواسطة

- منشور يتضمن معلومات (متعدد اللغات) خاصة بشأن الموضوع وقد تسلمته من قبل وفهمت ما يتضمنه؛
- قد التقيت مع طبيب/ أحد العاملين بالصحة:

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 ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente dissenso in qualsiasi momento;
- **di aver acquisito il parere dell'altro genitore assente** ed impossibilitato a presenziare nella giornata odierna il quale mi ha dichiarato che, relativamente all'effettuazione delle vaccinazioni,
☐ acconsente
☐ non acconsente
- **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

معلومات مفهومة, واضحة وكافية:

- عن طريقة إجراء التطعيم/ات ومكان وكيفية إجراء التحصين؛
- عن مزايا, ومدى فاعلية وعن احتمال حدوث الآثار الجانبية للمصل وأيضا عن التوابع الصحية التي يحتمل حدوثها في حالة عدم إجراء التطعيم/ التحصين؛
- عن الحالات المرضية التي تتعارض مع إجراء التطعيم؛
- عن الآثار الجانبية للتحصين/ ات واحتمال حدوثها, وأيضا عن كيفية وطريقة علاجها؛
- وعن إمكانية طلب, في أي وقت, مقابلة أخرى للحصول عن المزيد من المعلومات؛
- عن إمكانية إلغاء عدم الموافقة هذه في أي وقت؛

«بأنني حصلت على موافقة الزوج/ة الذي لم يستطيع الحضور اليوم, والذي صرح لي بإجراء هذه التطعيمات؛

☐ non acconsente غير موافق ☐

☐ acconsente موافق ☐

➤ بأنني أنا الوحيد/ة القائم بالوصاية على الطفل لأنني ولي الأمر الوحيد , طبقا للوائح المعمول بها؛

e quindi di : بمعنى

☐ NON ACCETTARE لم أوافق ☐

☐ REVOCARE¹ ألغى الموافقة ☐

le seguenti vaccinazioni

التحصينات / التطعيمات التالية

☐ Esavalente تحصين سداسي ضد الدفتريا, التيتانوس, السعال الديكي, الفيروس الكبدى ب, الشلل, الهموفيليا ب

☐ Anti Difterite-Tetano ضد الدفتريا - التيتانوس

☐ Enti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite ضد الدفتريا - التيتانوس - السعال الديكي - الشلل

☐ Anti Morbillo-Parotite- Rosolia ضد الحصبة - الغدة النكافية - الحصبة الألمانية

☐ Antimeningococco ضد الحمى الشوكية

☐ Antipneumococco ضد البكتيريا التي تصيب بالالتهاب الرئوي

☐ Anti Papilloma Virus ضد فيروس بابيلوما المسبب لبعض أورام عنق الرحم

☐ Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)

تحصينات أخرى (تشمل التطعيمات الفردية التي يحتمل إجرائها, والتي يتضمنها بالفعل التطعيم السداسي)

¹ In caso di revoca di un percorso vaccinale in atto e per il quale era già stato espresso valido Consenso.

في حالة إلغاء الموافقة, أثناء دورة تحصين, التي تم الحصول عليها سابقا

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante

توقيع الشخص الذي يتم تحصينه/ أحد الأبوين/ النائب عنه قانونيا

.....

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i non accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

Per la/le vaccinazione/a proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali.

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

معلومة

أنا الموقع أدناه أقر بأنني شرحت المعلومات الخاصة بالتطعيم/ات والتي لم أحصل على الموافقة على إجراءاتها من قبل الشخص بذاته، أثناء المقابلة و بواسطة المستندات الخاصة أي المنشور المتعدد اللغات الخاص بالتطعيم.

المعلومات الخاصة بالتطعيم/ات المطلوب إجراؤه، قد تم توضيح المعلومات الخاصة بالأمراض، المصل المستخدم وكيفية ومكان إجراؤه، والمخاطر المتوقعة في حالة عدم إجراء التطعيم، النواهي عن إجراءاته والآثار الجانبية.

كما أيضا تأكدت أن المعلومات التي حصل عليها العميل قد تم استيعابها.

Timbro e Firma del medico/dell' operatore sanitario

ختم وتوقيع الطبيب/ العامل بالصحة

.....

Centro Vaccinale di وحدة تطعيم

Data التاريخ ____/____/____

.....