



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Gesundheitsamt
Kantonsärztlicher Dienst

Direzione della sanità, degli affari sociali e
dell'integrazione
Ufficio della sanità
Servizio medico cantonale

Consenso alla vaccinazione

Le informazioni sulle singole vaccinazioni sono reperibili nel documento «Vaccinazioni raccomandate» del Cantone di Berna.

I costi delle vaccinazioni qui elencate e raccomandate dall'Ufficio federale della sanità pubblica sono coperti dall'assicurazione malattie (meno il 10% di franchigia, salvo il programma di vaccinazione contro l'HPV: nessuna franchigia).

Il medico scolastico controllerà il libretto di vaccinazione di vostro figlio e vostra figlia durante la visita medica scolastica. Nel caso in cui siano necessarie determinate vaccinazioni, il medico scolastico può, **con il vostro consenso**, effettuare queste vaccinazioni o raccomandarvi di farle.

Età	Vaccinazioni
4-7 anni * dai 6 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Poliomielite, difterite, tetano, pertosse - *Meningoencefalite da zecche (FSME/TBE) <p>Vaccinazione di recupero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morbillo, orecchioni, rosolia
Dagli 11 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Difterite, tetano, pertosse - Epatite B (2 o 3 dosi) - Meningite batterica (meningococchi) - **Virus del papilloma umano (cancro cervicale, verruche genitali) (2 o 3 dosi) <p>Vaccinazione di recupero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poliomielite - Morbillo, orecchioni, rosolia - FSME/TBE

Se vostro figlio o vostra figlia è di età compresa tra gli 11 e i 15 anni e non ha ancora avuto la varicella, dovrete chiarire con il vostro medico di famiglia, se debba fare un'eventuale vaccinazione contro questa malattia infettiva.

Osservate i seguenti motivi generali che sconsigliano una vaccinazione:

- precedenti reazioni anafilattiche (= reazione allergica molto grave)
- gravidanza
- immunodeficienza
- malattia acuta e grave

Consenso

Nel caso in cui risulti necessario in seguito al controllo del libretto di vaccinazione, mia/o figlia/o deve fare le seguenti vaccinazioni (contrassegnare la casella corrispondente):

- TUTTE le vaccinazioni necessarie sottoindicate.
- Solo le vaccinazioni seguenti:
 - Poliomielite / difterite / tetano / pertosse (vaccino polivalente)
 - Morbillo, orecchioni, rosolia (vaccino polivalente)
 - Meningite batterica (meningococchi)
 - Epatite B
 - Virus del papilloma umano (cancro cervicale, verruche genitali)
 - Meningoencefalite da zecche (FSME/TBE)

Tutti i vaccini sono somministrati per iniezione (in parte in forma polivalente). Si noti che alcuni medici scolastici non eseguono direttamente le vaccinazioni ma danno a vostra/o figlia/o una raccomandazione scritta.

Cognome, nome del bambino o della bambina:

Nome e indirizzo della cassa malati:

Numero d'assicurato:

Numero AVS (solo per la vaccinazione contro l'HPV):

Luogo, data: _____

Firma dei genitori / detentori dell'autorità parentale:
