



## **CONSENSO INFORMATO ALLA PRESCRIZIONE/SOMMINISTRAZIONE PROFILATTICA DI IMMUNOGLOBULINE ANTITETANICHE**

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Avendo dichiarato di non essere vaccinato/a per Tetano ovvero di non avere mai eseguito una vaccinazione antitetanica completa
- Essendo stato informato dal Dr. \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ che per le lesioni in atto è necessario eseguire la profilassi antitetanica e che questa terapia consigliata non è completamente esente da rischi ( trattandosi di un emoderivato , compresa la possibile trasmissione dei virus dell'epatite , dell'immunodeficienza o di altri virus o patogeni a trasmissione ematica non conosciuti e pertanto non testati)
- Avendo ben compreso le spiegazioni del medico proponente in merito alla necessità di eseguire la terapia consigliata , ai rischi connessi sia alla mancata esecuzione che a quelli derivanti dalla somministrazione di immunoglobuline
- Essendo stato informato che dopo la somministrazione di immunoglobuline le vaccinazioni con virus attenuati ( Antimorbillo , Antiparotite , Antirosolia) dovrebbero essere somministrati non prima di 6 settimane
- Essendo stato informato che la sicurezza delle immunoglobuline durante la gravidanza non è stata oggetto di prove cliniche specifiche e pertanto durante tale periodo se ne consiglia la somministrazione solo nei casi strettamente necessari .

***ACCONSENTE Alla prescrizione / somministrazione intramuscolare di Ig antitetaniche***

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_