



PUBBLICO CONCORSO – PER TITOLI ED ESAMI – A N. 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO VARIE DISCIPLINE NELL’AMBITO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE AGGIUNTIVO PANFLU (POLO TERRITORIALE)

Criteria di valutazione fissati dalla commissione per l’espletamento del concorso:

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA SCRITTA:

- pertinenza, esposizione logica, appropriatezza di linguaggio;
- corretto e completo inquadramento dell’argomento;
- capacità di analisi e sintesi argomentativa.

Il superamento della prova scritta è subordinato al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 21/30.

TRACCE PROVA SCRITTA

Prova scritta nr. 01: Vedi allegato

Prova scritta nr. 02: Vedi allegato (prova estratta)

Prova scritta nr. 03: Vedi allegato

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA PRATICA:

- completo e corretto inquadramento del caso dell’argomento proposto ed estratto;
- capacità di analisi e sintesi nella trattazione;
- appropriatezza di linguaggio.

Il superamento della prova pratica è subordinato al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 21/30.

TRACCE PROVA PRATICA

Prova pratica n. 01: Vedi allegato

Prova pratica n. 02: Vedi allegato

Prova pratica n. 03: Vedi allegato (prova estratta)

CRITERI DI VALUTAZIONE PROVA ORALE:

- conoscenza dell’argomento proposto;
- capacità espositiva e di sintesi;
- appropriatezza del linguaggio.

Il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 14/20.

TRACCE PROVA ORALE:

Prova orale n. 01: Vedi allegato

Prova orale n. 02: Vedi allegato (prova estratta)

Prova orale n. 03: Vedi allegato

Prova non estratta

Anna Cambianica

Anna Cambianica



PROVA SCRITTA N. 1

Sulla base dei contenuti del PANFLU Nazionale (Piano Pandemico Influenzale 2021/2023) il candidato descriva:

- **Principali obiettivi**
- **Principali azioni interventistiche che adotterebbe in caso di pandemia da agente virale respiratorio per contenere i contagi sia in ambito Ospedaliero che Territoriale**

Prove estratte Anna Cambienica
Anna Cambienica



PROVA SCRITTA N. 2

Il candidato illustri i principali agenti virali circolanti nelle stagioni autunno/inverno descrivendo le modalità di prevenzione primaria (prima dell'insorgenza della malattia), secondaria (all'insorgere dei sintomi) o terziaria (malattia conclamata).

Prova non estratta

Anna Cambianica
Anna Cambianica



PROVA SCRITTA N. 3

Organizzazione territoriale di un Hot Spot infettivologico territoriale (ambulatorio temporaneo per la gestione delle sindromi respiratorie al fine di ridurre gli accessi al Pronto Soccorso)

Il candidato descriva:

- **Il modello organizzativo generale che adotterebbe**
- **Figure professionali da coinvolgere**
- **Modalità di formazione dei professionisti**
- **Orari di apertura delle strutture**
- **Prestazioni erogabili e modalità di erogazione**

**PROVA PRATICA N. 1**

Sulla base della scheda sanitaria del Viaggiatore e del tipo di viaggio il candidato descriva:

- Quali vaccini consiglierebbe e perché?
- Consiglierebbe una profilassi antimalarica? Ed eventualmente quale farmaco consiglierebbe?
- Quali ulteriori accertamenti sierologici richiederebbe per personalizzare meglio una eventuale profilassi vaccinale?
- Quali precauzioni sanitarie consiglierebbe per prevenire eventuali infezioni?
- Altri eventuali consigli al viaggiatore



AMBULATORIO VIAGGIATORI INTERNAZIONALI

SCHEDA SANITARIA DEL VIAGGIATORE

Data _____ N° scheda _____

Cognome: ROSSI Nome GIUSEPPE
Surname, nom Name, prenom

Genere M F Data di nascita: _____
gender; sexe Date of birth; date de naissance.

Luogo di nascita 01/01/95 nazionalità IT
Place of birth; lieu de naissance Nationality, nationalité

Residenza BERGAMO via _____
Town, ville adresse, rue

Telefono _____ Email _____
Telephone, téléphone

Professione: IMPIEGATO medico curante: _____
Occupation, profession Family doctor; médecin de famille

CARATTERISTICHE DEL VIAGGIO

notes about the voyage; notes au regard du voyage

Zona di soggiorno (paese/i) THAILANDIA
Counties to visit; pays à visiter

data di partenza 01/03/25 durata del soggiorno 10
date of departure; date de partance duration residence; durée séjour

- motivo del viaggio: motivo of the voyage; raison du voyage
- turismo lavoro studio missione
 - tourism, tourisme work, travail study, étude mission, mission
- rientro paese d'origine altro
- back to own country; rentrée a son pay other, autre.
- tipo di viaggio: type of travel; tipe de voyage
- organizzato d'avventura altro
 - organized; organisé adventure; a l'aventure other, autre.
- aree di soggiorno: areas to visit; places a visiter
- urbane rurali foresta savana
 - cities; villes countries ;campagne jungle; forêt savanna; savane
 - laghi, fiumi altro mare
 - lakes, rivers: lacs, fleuves other ; autres sea;mer

ANAMNESI

Malattie attuali o pregresse

actual or precedeng diseases; maladies actuelles ou passées

Nessuna malattia di rilievo

No important diseases; pas de maladies considerables

Epilessia

Epilepsy; épilepsie

Ipertensione

Hypertension; hypertension

Immunodepressione

Immunodepression; depression immunologique

Psoriasi

Psoriasis; psoriasis

Diabete

Diabetes ; diabète

Portatore di pace-maker

Pacemaker; stimulateur cardiaque

Altro

PREGRESSA EPATITE HAV
PREGRESSA SIFILIDE
NO

Terapie radianti (ultimi 3 mesi) NO

Radiation therapies(last 3 months);Radiothérapies (3 derniers mois)

Allergie ad alimenti (uova, pollo, ecc.), farmaci, vaccini _____

Other allergies (eggs, chicken, vaccines, etc.); autres allergies (oeufs, poulet, vaccins, etc.)

Reazioni importanti dopo vaccinazioni precedenti NO

Important reactions after previous vaccination; Importantes réactions après la vaccination précédente

Vaccinazioni eseguite nelle ultime 4 settimane NO

Vaccinations in the past 4 weeks; Vaccinations au cours des 4 dernières semaines

Assumo questi farmaci: NO

take these drugs; j'assume ces médicaments

Nessun farmaco

No drugs; non médicament

Peso Kg 70

Weight, poids

Sta bene oggi?

SI

NO

E' in stato di gravidanza

NO

Si

Actual pregnancy; grossesse actuelle

No, non

Yes, oui

Mese _____

Month, mois

Allattamento

NO

Si

Breastfeeding; allaitement maternel

No, non

Yes, oui

Informativa ai sensi del D.L.196/03.

I dati personali raccolti saranno trattati e diffusi, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale gli stessi sono raccolti.

Titolare del trattamento è l'ASST Bergamo Est (art. 24 Reg. 679/2016)



Dichiarazione di consenso informato

In caso di minore (o incapace) riportare i dati identificativi dei genitori (o tutore)

Padre (Cognome e Nome).....nato a il.....

Madre (Cognome e Nome).....nata a..... il.....

..l.. 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

DICHIARA sotto la propria responsabilità di aver ricevuto tramite

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

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- 1. Sulla situazione epidemiologica della zona del viaggio, sulle raccomandazioni e precauzioni da attuare per il consumo degli alimenti, per la prevenzione della puntura degli insetti/vettori e sulla eventuale presenza di virus Zika
2. sulla modalità di effettuazione delle vaccinazioni e sulla via di somministrazione, e sulla chemioprophilassi consigliata
3. sui vantaggi, il grado di efficacia della vaccinazione e trattamenti consigliati, nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
4. sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione e trattamenti;
5. sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- di avere riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

-di essere stato/a informato/a sulla necessità, per il vaccinato, di restare presso l'ambulatorio per i venti minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini

di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (se il vaccinando è un minore) il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;-

di esercitare per se stesso/a il diritto, e quindi di accettare/non accettare la/le seguente/i vaccinazione/i proposta/e:

- ACCELTARE NON ACCETTARE Difterite-Tetano Pertosse
ACCELTARE NON ACCETTARE Rabbia
ACCELTARE NON ACCETTARE Epatite A
ACCELTARE NON ACCETTARE Epatite B
ACCELTARE NON ACCETTARE Epatite A + B
ACCELTARE NON ACCETTARE Morbillo-Parotite-Rosolia
ACCELTARE NON ACCETTARE Tifo
ACCELTARE NON ACCETTARE Colera
ACCELTARE NON ACCETTARE Febbre gialla
ACCELTARE NON ACCETTARE Meningococco ACWY
ACCELTARE NON ACCETTARE Poliomielite
ACCELTARE NON ACCETTARE Encefalite da zecche
ACCELTARE NON ACCETTARE Encefalite giapponese
ACCELTARE NON ACCETTARE Dengue
ACCELTARE NON ACCETTARE Altro (specificare)

Firma del soggetto /del-i genitore-i/ del legale rappresentante

Data,

Attestazione del medico che, verificata l'anamnesi, acquisisce il consenso e verifica l'avvenuta comprensione da parte dei soggetti/ genitori/tutori delle informazioni ricevute.

Data, Timbro e Firma del Medico

Profilassi Antimalarica

Profilassi antimalarica: NON RACCOMANDATA

RACCOMANDATA

ACCETTA

NON ACCETTA

Meflochina

Atovaquone + proguanil

Doxiciclina

Cloroquina

Viaggio sconsigliato

Note

PROVA NON STRATTA
SAMUCECO SPORI

Jul hb



PROVA PRATICA N. 2

Sulla base della scheda sanitaria del Viaggiatore e del tipo di viaggio il candidato descriva:

- Quali vaccini consiglierebbe e perché?
- Consiglierebbe una profilassi antimalarica? Ed eventualmente quale farmaco consiglierebbe?
- Quali ulteriori accertamenti sierologici richiederebbe per personalizzare meglio una eventuale profilassi vaccinale?
- Quali precauzioni sanitarie consiglierebbe per prevenire eventuali infezioni?
- Altri eventuali consigli al viaggiatore



AMBULATORIO VIAGGIATORI INTERNAZIONALI

SCHEDA SANITARIA DEL VIAGGIATORE

Data _____ N° scheda _____

Cognome: VERDI Nome GIUSEPPE
Surname, nom Name, prenom

Genere M F Data di nascita: _____
gender; sexe Date of birth; date de naissance.

Luogo di nascita 01/01/65 nazionalità IT
Place of birth; lieu de naissance Nationality, nationalité

Residenza BERGAMO via _____
Town, ville adresse, rue

Telefono _____ Email _____
Telephone, téléphone

Professione: DIRIGENTE medico curante: _____
Occupation, profession Family doctor; médecin de famille

CARATTERISTICHE DEL VIAGGIO

notes about the voyage; notes au regard du voyage

Zona di soggiorno (paese/i) BRASILE (NORD-EST)
Counties to visit; pays à visiter

SOGGIORNO DI 8 GIORNI IN FORESTA

data di partenza 01/08/25 durata del soggiorno 24 giorni
date of departure; date de partance duration residence; durée séjour

motivo del viaggio: turismo lavoro studio missione
motive of the voyage; raison du voyage tourism, tourisme work, travail study, étude mission, mission

rientro paese d'origine altro
back to own country; rentrée a son pay other, autre.

tipo di viaggio: organizzato d'avventura altro
type of travel; tipe de voyage organized; organisé adventure; a l'aventure other, autre.

aree di soggiorno: urbane rurali foresta savana
areas to visit; places a visiter cities; villes countries; campagne jungle; forêt savanna; savane

laghi, fiumi altro mare
lakes, rivers: lacs, fleuves other; autres sea; mer

ANAMNESI

Malattie attuali o pregresse

actual or precedeng diseases; maladies actuelles ou passées

Nessuna malattia di rilievo

No important diseases; pas de maladies considerables

Epilessia

Epilepsy; épilepsie

Ipertensione

Hypertension; hypertension

Immunodepressione

Immunodepression; depression immunologique

Psoriasi

Psoriasis; psoriasis

Diabete

Diabetes ; diabète

Portatore di pace-maker

Pacemaker; stimulateur cardiaque

Altro

Terapie radianti (ultimi 3 mesi) _____

Radiation therapies(last 3 months);Radiothérapies (3 derniers mois)

Allergie ad alimenti (uova, pollo, ecc.), farmaci, vaccini GRAMINACE
Other allergies (eggs, chicken, vaccines, etc.); autres allergies (œufs, poulet, vaccins, etc.)

Reazioni importanti dopo vaccinazioni precedenti _____

Important reactions after previous vaccination; Importantes réactions après la vaccination précédente

Vaccinazioni eseguite nelle ultime 4 settimane _____

Vaccinations in the past 4 weeks; Vaccinations au cours des 4 dernières semaines

Assumo questi farmaci: _____

take these drugs; j'assume ces médicaments

Nessun farmaco

No drugs; non médecine

Peso Kg 65

Weight, poids

Sta bene oggi? SI NO

E' in stato di gravidanza NO Si
Actual pregnancy; grossesse actuelle No, non Yes, oui

Mese _____
Month, mois

Allattamento NO Si
Breastfeeding; allaitement maternel No, non Yes, oui

Informativa ai sensi del D.L.196/03.

I dati personali raccolti saranno trattati e diffusi, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale gli stessi sono raccolti.

Titolare del trattamento è l'ASST Bergamo Est (art. 24 Reg. 679/2016)



Dichiarazione di consenso informato

In caso di minore (o incapace) riportare i dati identificativi dei genitori (o tutore)

Padre (Cognome e Nome).....nato a il.....

Madre (Cognome e Nome).....nata a..... il.....

..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

DICHIARA sotto la propria responsabilità di aver ricevuto tramite

1. materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
 2. colloquio con un medico operatore sanitario;
- un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

1. Sulla situazione epidemiologica della zona del viaggio, sulle raccomandazioni e precauzioni da attuare per il consumo degli alimenti, per la prevenzione della puntura degli insetti/vettori e sulla eventuale presenza di virus Zika
 2. sulla modalità di effettuazione delle vaccinazioni e sulla via di somministrazione, e sulla chemioprophilassi consigliata
 3. sui vantaggi, il grado di efficacia della vaccinazione e trattamenti consigliati, nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
 4. sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione e trattamenti;
 5. sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- di avere riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

-di essere stato/a informato/a sulla necessità, per il vaccinato, di restare presso l'ambulatorio per i venti minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini

di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (se il vaccinando è un minore) il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;-

di esercitare per se stesso/a il diritto, e quindi di accettare/non accettare la/le seguente/i vaccinazione/i proposta/e:

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Difterite-Tetano Pertosse _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Rabbia _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Epatite A _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Epatite B _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Epatite A + B _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Morbillo-Parotite-Rosolia _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Tifo _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Colera _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Febbre gialla _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Meningococco ACWY _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Poliomielite _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Encefalite da zecche _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Encefalite giapponese _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Dengue _____ |
| <input type="checkbox"/> ACCETTARE | <input type="checkbox"/> NON ACCETTARE | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

Firma del soggetto /del-i genitore-i/ del legale rappresentante

Data, _____

Attestazione del medico che, verificata l'anamnesi, acquisisce il consenso e verifica l'avvenuta comprensione da parte dei soggetti/ genitori/tutori delle informazioni ricevute.

Data, _____ Timbro e Firma del Medico _____

Profilassi Antimalarica

Profilassi antimalarica: NON RACCOMANDATA

RACCOMANDATA

ACCETTA

NON ACCETTA

Meflochina

Atovaquone + proguanil

Doxiciclina

Cloroquina

Viaggio sconsigliato

Note

PROVA ESTRATTA

SAMUELS SPARTI

[Handwritten signatures]



PROVA PRATICA N. 3

Sulla base della scheda sanitaria del Viaggiatore e del tipo di viaggio il candidato descriva:

- Quali vaccini consiglierebbe e perché?
- Consiglierebbe una profilassi antimalarica? Ed eventualmente quale farmaco consiglierebbe?
- Quali ulteriori accertamenti sierologici richiederebbe per personalizzare meglio una eventuale profilassi vaccinale?
- Quali precauzioni sanitarie consiglierebbe per prevenire eventuali infezioni?
- Altri eventuali consigli al viaggiatore



AMBULATORIO VIAGGIATORI INTERNAZIONALI

SCHEDA SANITARIA DEL VIAGGIATORE

Data _____ N° scheda _____

Cognome: BIANCHI Nome GIUSEPPE
Surname, nom Name, prenom

Genere M F Data di nascita: _____
gender; sexe Date of birth; date de naissance.

Luogo di nascita 01/01/95 nazionalità IT
Place of birth; lieu de naissance Nationality, nationalité

Residenza BERGAMO via _____
Town, ville adresse, rue

Telefono _____ Email _____
Telephone, téléphone

Professione: OPERAIO medico curante: _____
Occupation, profession Family doctor; médecin de famille

CARATTERISTICHE DEL VIAGGIO

notes about the voyage; notes au regard du voyage

Zona di soggiorno (paese/i) SUDAFRICA
Counties to visit; pays à visiter

(VIAGGIO DI NOTTE) PREVISTO SAFARI DI 7 giorni

data di partenza 01/06/25 durata del soggiorno 21
date of departure; date de partance duration residence; durée séjour

motivo del viaggio:
motive of the voyage; raison du voyage

turismo lavoro studio missione
tourism, tourisme work, travail study, étude mission, mission

rientro paese d'origine altro
back to own country; rentrée a son pay other, autre.

tipo di viaggio:
type of travel; type de voyage

organizzato d'avventura altro
organized; organisé adventure; a l'aventure other, autre.

aree di soggiorno:
areas to visit; places a visiter

urbane rurali foresta savana
cities; villes countries ;campagne jungle; forêt savanna; savane

laghi, fiumi altro mare
lakes, rivers: lacs, fleuves other ; autres sea; mer

ANAMNESI

Malattie attuali o pregresse

actual or precedeng diseases; maladies actuelles ou passées

Nessuna malattia di rilievo

No important diseases; pas de maladies considerables

Epilessia

Epilepsy; épilepsie

Ipertensione

Hypertension; hypertension

Immunodepressione

Immunodepression; depression immunologique

Psoriasi

Psoriasis; psoriasis

Diabete

Diabetes ; diabète

Portatore di pace-maker

Pacemaker; stimulateur cardiaque

Altro

Terapie radianti (ultimi 3 mesi) _____

Radiation therapies(last 3 months);Radiothérapies (3 derniers mois)

Allergie ad alimenti (uova, pollo, ecc.), farmaci, vaccini ALLERGIA UOVO
Other allergies (eggs, chicken, vaccines, etc.); autres allergies (oeufs, poulet, vaccins, etc.)

Reazioni importanti dopo vaccinazioni precedenti _____
Important reactions after previous vaccination; Importantes réactions après la vaccination précédente

Vaccinazioni eseguite nelle ultime 4 settimane SIANTITETANICA
Vaccinations in the past 4 weeks; Vaccinations au cours des 4 dernières semaines

Assumo questi farmaci: _____

take these drugs; j'assume ces médicaments

Nessun farmaco

No drugs; non médecine

Peso Kg 85 _____

Weight, poids

Sta bene oggi? SI NO

E' in stato di gravidanza NO Si
Actual pregnancy; grossesse actuelle No, non Yes, oui

Mese _____
Month, mois

Allattamento NO Si
Breastfeeding; allaitement maternel No, non Yes, oui

Informativa ai sensi del D.L.196/03.

I dati personali raccolti saranno trattati e diffusi, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale gli stessi sono raccolti.

Titolare del trattamento è l'ASST Bergamo Est (art. 24 Reg. 679/2016)



Dichiarazione di consenso informato

In caso di minore (o incapace) riportare i dati identificativi dei genitori (o tutore)

Padre (Cognome e Nome).....nato a il.....

Madre (Cognome e Nome).....nata a il.....

..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

DICHIARA sotto la propria responsabilità di aver ricevuto tramite

- 1. materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
2. colloquio con un medico operatore sanitario;
un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- 1. Sulla situazione epidemiologica della zona del viaggio, sulle raccomandazioni e precauzioni da attuare per il consumo degli alimenti, per la prevenzione della puntura degli insetti/vettori e sulla eventuale presenza di virus Zika
2. sulla modalità di effettuazione delle vaccinazioni e sulla via di somministrazione, e sulla chemioprophilassi consigliata
3. sui vantaggi, il grado di efficacia della vaccinazione e trattamenti consigliati, nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
4. sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione e trattamenti;
5. sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- di avere riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

-di essere stato/a informato/a sulla necessità, per il vaccinato, di restare presso l'ambulatorio per i venti minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini

di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (se il vaccinando è un minore) il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;-

di esercitare per se stesso/a il diritto, e quindi di accettare/non accettare la/le seguente/i vaccinazione/i proposta/e:

- ACCELTARE NON ACCETTARE Difterite-Tetano Pertosse
ACCELTARE NON ACCETTARE Rabbia
ACCELTARE NON ACCETTARE Epatite A
ACCELTARE NON ACCETTARE Epatite B
ACCELTARE NON ACCETTARE Epatite A + B
ACCELTARE NON ACCETTARE Morbillo-Parotite-Rosolia
ACCELTARE NON ACCETTARE Tifo
ACCELTARE NON ACCETTARE Colera
ACCELTARE NON ACCETTARE Febbre gialla
ACCELTARE NON ACCETTARE Meningococco ACWY
ACCELTARE NON ACCETTARE Poliomielite
ACCELTARE NON ACCETTARE Encefalite da zecche
ACCELTARE NON ACCETTARE Encefalite giapponese
ACCELTARE NON ACCETTARE Dengue
ACCELTARE NON ACCETTARE Altro (specificare)

Firma del soggetto /del-i genitore-i/ del legale rappresentante

Data,

Attestazione del medico che, verificata l'anamnesi, acquisisce il consenso e verifica l'avvenuta comprensione da parte dei soggetti/ genitori/tutori delle informazioni ricevute.

Data, Timbro e Firma del Medico

Profilassi Antimalarica

Profilassi antimalarica: NON RACCOMANDATA

RACCOMANDATA

ACCETTA

NON ACCETTA

Meflochina

Atovaquone + proguanil

Doxiciclina

Cloroquina

Viaggio sconsigliato

Note



PROVA ORALE N. 1

Si è verificato un caso di meningite in una scuola elementare

Il candidato descriva:

- **Principali agenti eziologici causa di meningite**
- **Profilassi farmacologica**
- **Vaccini disponibili**
- **Procedure da adottare per ridurre il rischio infettivo**

*Prova non
esatta*





PROVA ORALE N. 2

Campagna Antinfluenzale 2024/2025

Il candidato descriva:

- **Categoria di offerta vaccinale**
- **Tipologia di vaccini disponibili**

Prove $\frac{1}{\sqrt{2}}$



PROVA ORALE N. 3

Campagna ANTICOVID 2024/2025

- **Categoria di offerta vaccinale**
- **Tipologia di vaccini disponibili**

Prova non
esatta

A large, stylized handwritten signature in black ink.

