

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI IMMUNOGLOBULINE ANTIEPATITE B

ACCONSENTO *NON ACCONSENTO*

alla somministrazione delle immunoglobuline antiepatite B quale profilassi nel caso in cui la madre è HBsAg positiva

FIRMA DEL GENITORE.....

FIRMA DEL MEDICO.....

DATA.....