

MODULO DI CONSENSO

Cognome e Nome.....

Data di nascita..... Luogo di nascita.....

Comune residenza.....

Indirizzo residenza.....

Telefono..... E-mail.....

N. Tessera Sanitaria (se disponibile).....

In qualità di (genitore, tutore, amministratore di sostegno) del

- Minore
- Interdetto/Infermo/Incapace
- Altro, specificare.....

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Moderna | <input type="checkbox"/> Vaccino Vaxzevria
(ex COVID-19 Vaccine AstraZeneca) |
| <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech COVID -19 | <input type="checkbox"/> Vaccino COVID-19 Janssen |

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino

“

Data e luogo

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale

Rifiuto la somministrazione del vaccino

“

Data e luogo

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante Legale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale *

1. Nome e Cognome (Medico)

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

Ruolo

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

** La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.*

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		LOT. N°	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora di somministrazione	Firma Sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
1 ^a dose	Braccio destro	Braccio sinistro					
2 ^a dose	Braccio destro	Braccio sinistro					

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando e da
riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Cognome e Nome				
Telefono:				
ANAMNESI PREVACCINALE		SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:.....				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?				
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?				
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
- sta allattando?				

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

SCHEDA ANAMNESTICA

ANAMNESI COVID-correlata	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi?			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?			
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
• Dolore addominale/diarrea?			
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19:			
• Test COVID-19 recente (Data:)			
• In attesa di test COVID-19 (Data:)			
• Test COVID-19 Negativo (Data:)			
• Test COVID-19 Positivo (Data:)			

Data e luogo

**Firma della Persona che riceve il vaccino
o del suo Rappresentante legale**

.....