

VACCINAZIONE ANTI-COVID19
MODULO DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____	
Data di nascita: _____	Luogo di nascita: _____
Residenza / Domicilio: _____ _____	Telefono: _____
Documento di riconoscimento: _____ N.: _____	
In qualità di (genitore, tutore, amministratore di sostegno): _____	
<input type="checkbox"/> Minore <input type="checkbox"/> Interdetto <input type="checkbox"/> Infermo/Incapace <input type="checkbox"/> Altro <i>Specificare in caso di altro:</i> _____	
Nome _____ Cognome _____	
Data e luogo di nascita _____	
Residenza/Domicilio: _____	
Tessera sanitaria (se disponibile): N. _____	

DICHIARA:

- di aver letto e compreso, dopo essermi stata illustrata in una lingua a me nota, la Nota Informativa in Allegato 1, di cui ricevo copia;
- di aver riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in Allegato 2 da me compilata in modo veritiero;
- di aver posto, in presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione, tutte le domande in merito al vaccino e al mio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti e da me comprese;
- di essere stato correttamente informato con parole a me chiare, in merito alle modalità e le alternative terapeutiche;
- di aver correttamente compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione

- nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose;
- di essere consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni;
 - di accettare di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate.
 - di acconsentire ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino individuato per il mio target di categoria e, nello specifico:
 - COVID-19 Vaccine Moderna
 - Pfizer-BioNTech COVID-19
 - COVID-19 Vaccine AstraZeneca
 - di rifiutare la somministrazione del vaccino:
 - COVID-19 Vaccine Moderna
 - Pfizer-BioNTech COVID-19
 - COVID-19 Vaccine AstraZeneca

Data e luogo _____

Firma della persona che accetta/rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante Legale

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome _____

Ruolo _____

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

Firma _____

2. Nome e Cognome _____

Ruolo _____

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

Firma _____

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione	LOT. N°	Data di scad.	Luogo di sommini- strazione	Data e ora di Ssmmini- strazione	Firma Sanitario
1a dose	Braccio destro					
	Braccio sinistro					
2° dose	Braccio destro					
	Braccio sinistro					

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
SCHEDA ANAMNESTICA

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

Nome e Cognome:	Telefono:		
Anamnesi	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?			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

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 similinfluenzali?			
• 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: <ul style="list-style-type: none"> • Nessun test COVID-19 recente • Test COVID-19 negativo (Data:_____) • Test COVID-19 positivo (Data:_____) • In attesa di test COVID-19 (Data:_____) 			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute
