



VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO

| | |
|--|-----------------------------|
| Nome e Cognome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Residenza: | Telefono: |
| Tessera sanitaria (se disponibile): N. | |

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:

- Vaxzevria (AstraZeneca)
 Comirnaty (BioNTech/Pfizer)
 Moderna

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.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino:

Vaxzevria (AstraZeneca) Comirnaty (BioNTech/Pfizer) Moderna _____

Data e Luogo _____

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino:

Vaxzevria (AstraZeneca) Comirnaty (BioNTech/Pfizer) Moderna _____

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.

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
SCHEDA ANAMNESTICA

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

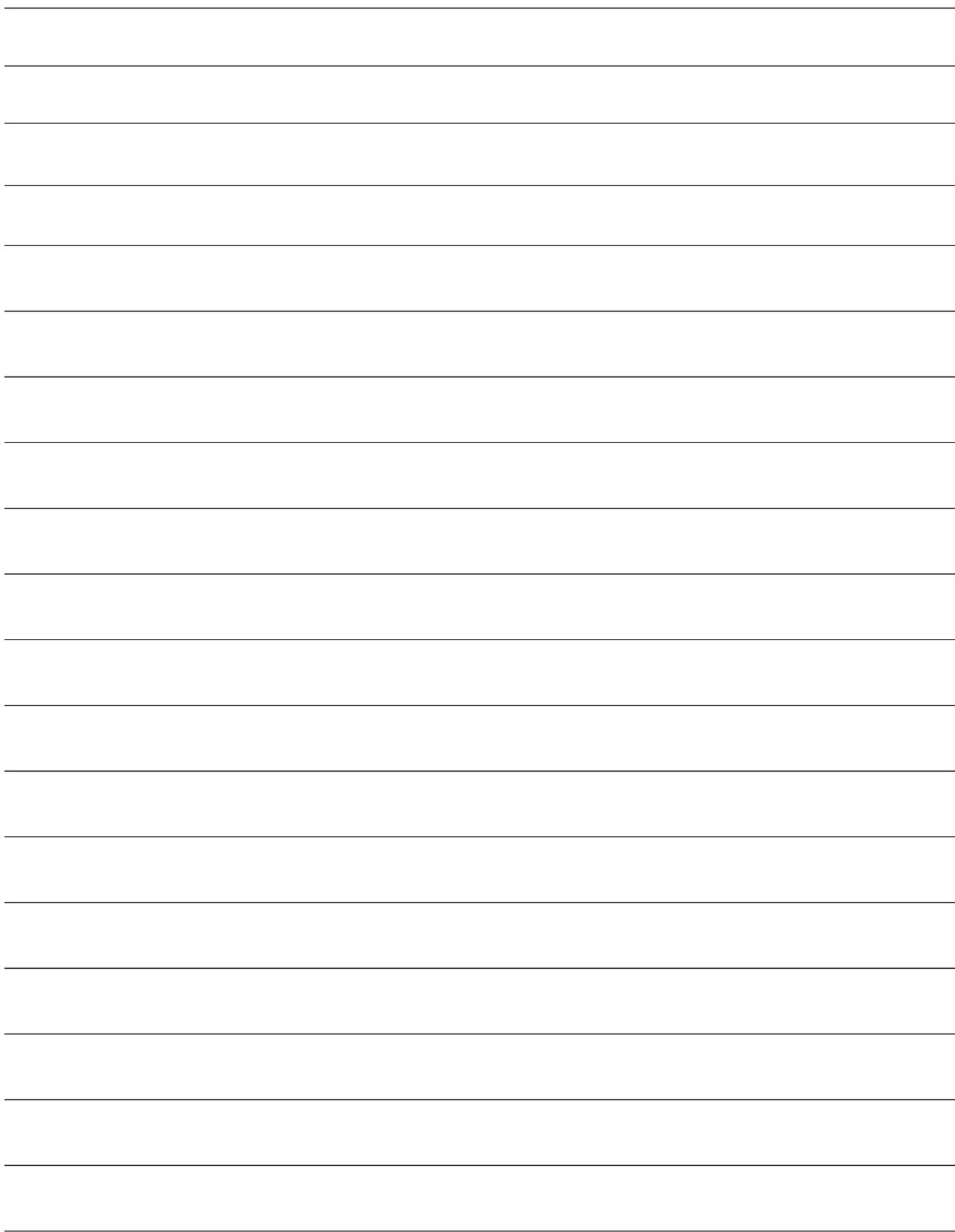
| | | | |
|--|-----------|-----------|---------------|
| Nome e Cognome: | Telefono: | | |
| Anamnesi | SI | NO | NON SO |
| Attualmente è malato? | | | |
| Ha febbre? | | | |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:..... | | | |
| Ha 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? | | | |
| - sta assumendo farmaci anticoagulanti? | | | |

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: | | | |
| <input type="checkbox"/> Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali? | | | |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? | | | |
| <input type="checkbox"/> Dolore addominale/diarrea? | | | |
| <input type="checkbox"/> Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? | | | |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? | | | |
| Test COVID-19: <input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente <input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data: _____) <input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data: _____) <input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data: _____) | | | |

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



Dettagli operativi della vaccinazione

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