



INDICAZIONI PER LA VACCINAZIONE ANTI COVID-19 DELLE DONNE IN GRAVIDANZA

Questa scheda deve essere consegnata dalla donna al medico vaccinatore del centro vaccinale.

Io sottoscritta _____

nata a _____ il _____

gravida alla _____ settimana, EPP

DICHIARO

- di avere letto e compreso l' informativa della regione Emilia-Romagna riguardo alle vaccinazioni anti SARS Cov-2 delle donne in gravidanza (*)**
- di avere avuto informazioni esaurienti sull' argomento dal dottor / dottoressa**

E DI AVERE VALUTATO INSIEME DI SOTTOPORSI ALLA VACCINAZIONE PER:

- Presenza di fattori di rischio per i quali è possibile sviluppare una malattia CoViD-19 grave
 - Indice IBM uguale o superiore a 30
 - Ipertensione
 - diabete
 - altro _____
- Presenza di condizioni che comportano una elevata esposizione al virus SARS-CoV-2 (per esempio: professioniste sanitarie, operatrici o ospiti di comunità chiuse a elevata circolazione virale)
- Volontà personale di sottoporsi alla vaccinazione anche in assenza di fattori di rischio

data _____

Firma

(*) La presente scheda fa riferimento alla nota della Regione Emilia-Romagna Prot. 15/07/2021.0659398: "Indicazioni condivise dalla Cabina di regia regionale Covid-19 in merito alla vaccinazione anti Covid-19 in gravidanza e allattamento" che aggiornano le precedenti del 21.02.2021, protocollo n. 0118303. Le circolari di cui sopra sono consultabili anche sul sito www.saperidoc.it.