

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

- 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: “ _____ ”
- 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.
- 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 E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino | RIFIUTO la somministrazione del vaccino |
| Data e luogo: | Data e luogo: |
| Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale | Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale |
| Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6) Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. <i>cf. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19</i> Data e luogo: Firma del Familiare: | |

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

| | |
|---|---|
| 1. nome cognome Medico | 2. nome cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) |
| Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma: | Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma: |

La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa

Dettagli operativi della vaccinazione

| Sito di iniezione | | Lotto n. | Scad. | Luogo di somministrazione | Data e ora | Firma sanitario |
|-------------------|------------------|----------|-------|---------------------------|------------|-----------------|
| Braccio destro | Braccio Sinistro | | | | | |



VACCINAZIONE ANTISARS-CoV-2/COVID-19 TRIAGE PREVACCINALE

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

| | | | | |
|---|--|---|-----------|---------------|
| Nome e cognome: | | Telefono: | | |
| Data e luogo di nascita: | | | | |
| 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? | | | | |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | | | | |
| Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: | | | | |
| | | | | |
| PER LE DONNE: | | SI' | NO | Non so |
| è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | | | | |
| sta allattando? | | | | |
| 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 | | | | |
| <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 su Suo stato di salute: | | | | |
| Data e luogo | | Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale | | |