

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
MODULO DI CONSENSO

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 il foglio informativo del/dei vaccino/i: "....."
- 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/ai vaccino/i 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 alla dose di vaccino
- Ho altresì compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino come previsto dalla circolare del Ministero della Salute prot. n. 0030088-27/9/2023-DGPRES-DGPRES-P avente oggetto "indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2023/2024 anti COVID-19."
- 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/dei vaccino/i per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

<p align="center">ACCONSENTO E AUTORIZZO</p> <p>la somministrazione del/dei vaccino/i</p> <p>""</p>	<p align="center">RIFIUTO</p> <p>la somministrazione del/dei vaccino/i</p> <p>""</p>
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

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo
Confermo che il vaccinando ha espresso <input type="checkbox"/> L'AUTORIZZAZIONE <input type="checkbox"/> IL RIFIUTO alla vaccinazione con dopo essere stato adeguatamente informato.	
Firma	

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
Altro vaccino	Braccio destro	Braccio sinistro					

VACCINAZIONE Anti-COVID19 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 latte, 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 <u>È</u> 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		