

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 (6 mesi – 4 anni) / **CEPLJENJE PROTI COVIDU-19 (6 mesecev – 4 leta)**

MODULO DI CONSENSO MINORE / **OBRAZEC ZA SOGLASJE MLADOLETNIKA_CE**

| | |
|--|--|
| Nome e Cognome del vaccinando: | Ime in priimek osebe, ki bo prejela cepivo: |
| Data di nascita: | Datum rojstva: |
| Luogo di nascita: | Kraj rojstva: |
| Residenza: | Stalno prebivališče: |
| Telefono: | Telefon: |
| Tessera sanitaria (se disponibile): N. | Kartica zdravstvenega zavarovanja (če jo imate): ŠT. |

| | |
|--|--|
| Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale: | Ime in priimek starša/skrbnika/drugega_e nosilca_kestarševske odgovornosti |
| Data di nascita: | Datum rojstva: |
| Luogo di nascita: | Kraj rojstva: |
| Residenza: | Stalno prebivališče: |

| | |
|--|--|
| Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale: | Ime in priimek starša/skrbnika/drugega_e nosilca_kestarševske odgovornosti |
| Data di nascita: | Datum rojstva: |
| Luogo di nascita: | Kraj rojstva: |
| Residenza: | Stalno prebivališče: |

| | |
|---|---|
| Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese. | Imel_a sem možnost zastaviti vprašanja glede cepivain svojega zdravstvenega stanja ter prejel_a izčrpne in razumljive odgovore. |
| 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 laseconda dose, se prevista. | Bil_a sem ustrezno obveščen_a z jasnimi besedami. Razumel_a sem koristi in tveganja cepljenja, načine in druge možnosti zdravljenja, kakor tudi posledice morebitne zavrnitve ali odpovedi dokončanja cepljenja z drugim odmerkom, če je predviden. |
| Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni. | Seznanjen_a sem z dejstvom, da moram, če bi prišlodo kakršnega koli neželenega učinka, nemudoma obvestiti svojega osebnega zdravnika in upoštevati njegova navodila. |
| Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate. | Soglašam, da moram po cepljenju ostati v čakalnici vsaj 15 minut na opazovanju, če bi prišlo do takojšnjih neželenih učinkov. |

| | |
|--|--|
| Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino COMIRNATY | Soglašam in dovoljujem cepljenje s cepivom COMIRNATY |
| Data e Luogo | Datum in kraj |
| Firma del genitore/tutore/altro conresponsabilità genitoriale | Podpis starša/skrbnika_ce/drugega_e nosilca_ke starševske odgovornosti |

| | |
|---|--|
| Rifiuto la somministrazione del vaccino COMIRNATY | Zavračam cepljenje s cepivom COMIRNATY |
| Data e Luogo | Datum in kraj |
| Firma del genitore/tutore/altro conresponsabilità genitoriale | Podpis starša/skrbnika_ce/drugega_e nosilca_ke starševske odgovornosti |

| | |
|--|---|
| Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale | Zdravstveni delavci cepilne ekipe |
| 1.Nome e Cognome (Medico) | 1. Ime in priimek (zdravnik) |
| Confermo che i genitori/tutore/altro hanno espresso il consenso alla vaccinazione, dopo esserestati adeguatamente informati. | Potrjujem, da je starš/skrbnik_ca/drug_a nosilec_kastarševske odgovornosti po prejemu ustreznih informacij podal_a soglasje za cepljenje. |
| Firma | Podpis |

| | |
|--|---|
| 2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) | 2. Ime in priimek (zdravnik ali drug zdravstveni delavec) |
| Ruolo | Zadolžitev |
| Confermo che i genitori/tutore/altro hanno espresso il consenso alla vaccinazione, dopo esserestati adeguatamente informati. | Potrjujem, da je starš/skrbnik_ca/drug_a nosilec_kastarševske odgovornosti po prejemu ustreznih informacij podal_a soglasje za cepljenje. |
| Firma | Podpis |

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

Navzočnost dodatnega zdravstvenega delavca je koristna, vendar ni nujna v primeru cepljenja na domu ali v logistično in organizacijsko kritičnih razmerah.

Dettagli operativi della vaccinazione / **Operativni podatki o cepljenju**

| | Sito di iniezione/ mesto vboda | | LOTTO N°/ SERIJA ŠT. | Data di scadenza/ rok zapadlosti cepiva | Luogo di somm.ne/ kraj cepljenja | Data e ora di somm.ne/ datum in ura cepljenja | Firma sanitario/ podpis zdravstvenega delavca |
|--------------------------------------|--|---|--------------------------------|--|--|---|--|
| 1° dose/ prvi odmerek | Braccio destro/ desna roka | Braccio sinistro/ leva roka | | | | | |
| 2° dose/ drugi odmerek | Braccio destro/ desna roka | Braccio sinistro/ leva roka | | | | | |
| 3° dose/ tretji odmerek | Braccio destro/ desna roka | Braccio sinistro/ leva roka | | | | | |

PRILOGA 2 K OBRAZCU ZA SOGLASJE

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 / CEPLJENJE PROTI COVIDU-19

SCHEMA ANAMNOSTICA MINORE / ANAMNOSTIČNI PODATKI MLADOLETNIKA_CE

Da compilare a cura dei genitori/tutori/altri con responsabilità genitoriale e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione / **Izpolni starš/skrbnik_ca/drug_a nosilec_ka starševskeodgovornosti in pregleda skupaj z zdravstvenimi delavci, ki izvajajo cepljenje.**

| |
|---|
| Nome e Cognome / Ime in priimek: |
| Telefono / Telefon: |

| Anamnesi del vaccinando | Anamneza osebe, ki prejmecepivo | SI / DA | NO/ NE | NON SO / NE VEM |
|---|--|---------|--------|-----------------|
| Attualmente è malato? | Ste trenutno bolni? | | | |
| Ha febbre? | Imate povišano telesno temperaturo? | | | |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: | Ste allergici na lateks, na kakšno hrano, zdravila ali nasestavine cepiva? Če je odgovor da, natančno navedite: | | | |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | Ste imeli v preteklosti po prejemu cepiva že kdaj resnoreakcijo? | | | |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | Imate bolezen srca ali pljuč, astmo, bolezen ledvic, sladkorno bolezen, slabokrvnost ali druge bolezni krvi? | | | |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | Imate oslabljen imunski sistem? (Na primer: rak, levkemija, limfom, HIV/AIDS, presaditev)? | | | |
| 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? | Ste v zadnjih 3 mesecih jemali zdravila, ki slabijo imunski sistem (na primer: kortizon, prednizon ali drug steroidi) ali protitumorska zdravila oziroma ste potrebovali zdravljenje z obsevanjem? | | | |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | Ste v minulem letu prejeli transfuzijo krvi ali krvnih pripravkov, oziroma ste prejeli immunoglobuline (gama) ali protivirusna zdravila? | | | |

| | | | | |
|--|--|----------------|---------------|------------------------|
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | Ste imeli napade krčev ali možganske/nevrološke težave oz. težave z živčnim sistemom? | | | |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? | Ste bili v zadnjih 4 tednih cepljeni? Če je odgovor da, s katerim/-i cepivom/-i? | | | |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | Ali jemljete zdravila protistrjevanju krvi? | | | |
| <p>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 / Navedite zdravila, še zlasti zdravila proti strjevanju krvi, kakor tudi naravna prehranska dopolnila, vitamine, minerale ali morebitna alternativna zdravila, ki jih jemljete:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | |
| Anamnesi COVID-correlata | Anamneza v povezavi s COVIDOM | SI / DA | NO/ NE | NON SO / NE VEM |
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? | Ste bili v zadnjem mesecu v stiku z osebo, okuženo s Sars-CoV2 ali obbolelo za COVIDOM-19? | | | |
| Manifesta uno dei seguenti sintomi: | Ali imate enega od naslednjih/našteti simptomov: | | | |
| Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali? | Kašelj/prehlad/povišana telesna temperatura/težkodihanje ali simptomi, Podobni gripi? | | | |
| Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? | Boleče grlo/izguba vonja ali okusa? | | | |
| Dolore addominale/diarrea? | Bolečine v trebuhu/driska? | | | |
| Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? | Neobičajne modrice ali krvavitve/pordelost oči? | | | |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? | Ste v zadnjem mesecu potovali v tujino? | | | |
| <p>Test COVID-19:</p> <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: _____) | <p>Testiranje na COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pred kratkim nisem opravil/-a nobenega testa na COVID-19 · Negativen test na COVID-19 (Datum: _____) · Pozitiven test na COVID-19 (Datum: _____) · Čakam testiranje na COVID-19 (Datum: _____) | | | |

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute / **Navedite morebitne druge bolezni ali koristne podatke o svojem zdravstvenem stanju**

DATA E LUOGO/DATUM IN KRAJ

FIRMA INTERESSATO/LEGALE RAPP/

PODPIS ZADEVNE OSEBE / ZAKONITEGA ZASTOPNIKA.....