

**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 dall'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 delle 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 “\_\_\_\_\_”.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione del vaccino “\_\_\_\_\_”.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

0012469-28/03/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 1 (A01) Agg.to al 27/03/2021

**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.***

Dettagli operativi della vaccinazione

|         | Sito di iniezione |                  | LOT. N° | Data di scadenza | Luogo di somm.ne | Data e ora di somm.ne | Firma sanitario |
|---------|-------------------|------------------|---------|------------------|------------------|-----------------------|-----------------|
| 1° dose | Braccio Destro    | Braccio sinistro |         |                  |                  |                       |                 |
| 2° dose | Braccio Destro    | Braccio sinistro |         |                  |                  |                       |                 |

VACCINAZIONE \_\_\_\_\_ (vaccino) ANTI COVID-19 – SCHEDA ANAMNESTICA

|                                                                                                                                                                                                         |           |           |               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------|--|
| Nome e Cognome:                                                                                                                                                                                         |           | Telefono: |               |  |
| <b>Anamnesi</b>                                                                                                                                                                                         | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>NON SO</b> |  |
| Attualmente è malato?                                                                                                                                                                                   |           |           |               |  |
| Ha febbre?                                                                                                                                                                                              |           |           |               |  |
| Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>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?<br>Se sì, quale/i? .....                                                                                                                             |           |           |               |  |
| Per le donne:<br>- 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:

---

---

---

---

---

---

---

---

|                                                                                                      |           |           |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Anamnesi COVID - correlata</b>                                                                    | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>NON SO</b> |
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV-2 o affetta da COVID-19? |           |           |               |
| Manifesta uno dei seguenti sintomi:                                                                  |           |           |               |
| • Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?                                      |           |           |               |
| • 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:<br>• Nessun test COVID-19 recente<br>• Test COVID-19 negativo<br>(Data: _____)        |           |           |               |
| • Test COVID-19 positivo<br>(Data: _____)<br>• In attesa di test COVID-19<br>(Data: _____)           |           |           |               |

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

---

---

---

---

---

---

---

---