

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 / CEPLJENJE PROTI COVIDU-19

MODULO DI CONSENSO MINORE / OBRAZEC ZA SOGLASJE MLADOLETNIKA_CE

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

Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale:	Ime in priimek starša/skrbnika/drugega_e nosilca_ke starševske odgovornosti
Nato/a a	Kraj rojstva
Il	Datum rojstva
Residente a	Stalno prebivališče

Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale:	Ime in priimek starša/skrbnika/drugega_e nosilca_ke starševske odgovornosti
Nato/a a	Kraj rojstva
Il	Datum rojstva
Residente a	Stalno prebivališče

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.	Zdravnika sem seznanil_a s trenutnimi in/ali prebolelimi boleznimi ter zdravljenjem, ki ga prejemam.
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 cepiva in 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	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.

completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.	
Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.	Seznanjen_a sem z dejstvom, da moram, če bi prišlo do 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 _____	Soglašam in dovoljujem cepljenje s cepivom _____
Data e Luogo	Datum in kraj
Firma del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale	Podpis starša/skrbnika_ce/drugega_e nosilca_ke starševske odgovornosti

Rifiuto la somministrazione del vaccino _____	Zavračam cepljenje s cepivom _____
Data e Luogo	Datum in kraj
Firma del genitore/tutore/altro con responsabilità 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 essere stati adeguatamente informati.	Potrjujem, da je starš/skrbnik_ca/drug_a nosilec_ka starševske 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 essere stati adeguatamente informati.	Potrjujem, da je starš/skrbnik_ca/drug_a nosilec_ka starševske odgovornosti po prejemu ustreznih informacij podal_a soglasje za cepljenje.
Firma	Podpis

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.

Navzočnost dodatnega zdravstvenega delavca ni nujna, če se cepljenje opravi v ambulantni ali drugem okolju, v katerem deluje en sam zdravnik, oziroma na domu osebe, ki bo cepljena, ali v primeru logistično-organizacijskih težav.

	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					

ALLEGATO 2 AL MODULO DI CONSENSO

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 starševske odgovornosti in pregleda skupaj z zdravstvenimi delavci, ki izvajajo cepljenje.**

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

Anamnesi del vaccinando	Anamnesa osebe, ki prejme cepivo	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 na sestavine 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 resno reakcijo?			
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 drugi 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 imunoglobuline (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?			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	Za ženske: - ste noseči ali menite, da bi lahko zanosili v mesecu po prejemu prvega ali drugega odmerka cepiva?			
- sta allattando?	- ali dojite?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	Ali jemljete zdravila proti strjevanju 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 obolelo 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/težko dihanje ali simptomi, podobni gripi?			
· Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	· boleče grlo/izguba voaha 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?			
Test COVID-19: · Nessun test COVID-19 recente · Test COVID-19 negativo (Data: _____) · Test COVID-19 positivo (Data: _____) · In attesa di test COVID-19 (Data: _____)	Testiranje na COVID-19: · 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 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

DATA E LUOGO/**DATUM IN KRAJ**

FIRMA dell'operatore sanitario/**PODPIS zdravstvenega delavca**