

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 / CEPLJENJE PROTI COVIDU-19

MODULO DI CONSENSO PER SECONDA DOSE DEL VACCINO VAXZEVRIA IN SOGGETTI SOTTO I 60 ANNI DI ETÀ CHE HANNO GIÀ RICEVUTO LA PRIMA DOSE / OBRAZEC SOGLASJA ZA DRUGI ODMEREK CEPIVA VAXZEVRIA PRI OSEBAH, MLAJŠIH OD 60 LET, KI SO ŽE PREJELE PRVI ODMEREK

Nome e Cognome:	Ime in priimek:
Data di nascita:	Datum rojstva:
Luogo di nascita:	Kraj rojstva:
Residenza:	Stalno bivališče:
Telefono:	Telefon:
Tessera sanitaria (se disponibile):	Kartica zdravstvenega zavarovanja (če jo imate):
N.	ŠT.

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redattata dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: Vaxzevria (AstraZeneca)	Prebral sem, pojasnjeno mi je bilo v jeziku, ki ga razumem, in v celoti sem razumel_a informativni list o cepivu, ki ga je pripravila Italijanska agencija za zdravila (AIFA) za cepivo: Vaxzevria (AstraZeneca)
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 in zdravljenjem, ki ga prejemam.
Ho riferito di essere stato sottoposto alla somministrazione della prima dose del vaccino Vaxzevria (AstraZeneca);	Poročal/a sem, da sem prejela prvi odmerek cepiva Vaxzevria (AstraZeneca);
Ho compreso che sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute dell'11 giugno 2021 e della determina AIFA prot. N. 699 del 14 giugno 2021, che inserisce la vaccinazione COVID-19 eterologa negli elenchi la cui legge 648/96, il vaccino anti COVID-19 raccomandato per gli utenti di età inferiore ai 60 anni compiuti è Comirnaty (Pfizer-BioNTech) o Moderna (a mRNA virale), anche per chi ha già ricevuto la prima dose di ASTRAZENECA (Vaxzevria)	Razumem, da je na podlagi navodil Ministrstva za zdravje z dne 11. junija 2021 in sklepa AIFA prot. N. 699 z dne 14. junija 2021, ki vključuje heterologo cepljenje COVID-19 na sezname v skladu z zakonom 648/96, priporočeno cepivo COVID-19 za uporabnike mlajše od 60 let Comirnaty (Pfizer-BioNTech) ali Moderna (z virusno mRNA), tudi za tiste, ki so že prejeli prvi odmerek ASTRAZENECA (Vaxzevria)
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 meni razumljive odgovore.
Sono stato correttamente informato con parole 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.	Bil_a sem ustrezno obveščen_a z meni jasnimi besedami. Razumel_a sem koristi in tveganja cepljenja, načine in druge možnosti zdravljenja, kakor tudi posledice morebitne zavrnitve ali odpoved dokončanja cepljenja z drugim odmerkom, če je predviden.

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, da moram v primeru, 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 morebitnih takojšnjih neželenih učinkov.

Agg.to a 17 giugno 2021 / posodobljeno na 17. junij 2021

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "_____".	Soglašam in dovoljujem cepljenje s cepivom »_____«.
Data e Luogo	Datum in kraj
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Podpis osebe, ki prejme cepivo, ali njenega zakonitega zastopnika

Rifiuto la somministrazione del vaccino "_____".	Zavračam cepljenje s cepivom »_____«.
Data e Luogo	Datum in kraj
Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale	Podpis osebe, ki zavrača cepivo, ali njenega zakonitega zastopnika

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale	Zdravstveni delavci cepilne ekipe
1. Nome e Cognome (Medico)	1. Ime in priimek (zdravnik)
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Potrjujem, da je oseba, ki bo cepljena, po prejemu ustreznih informacij podala 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 il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Potrjujem, da je oseba, ki bo cepljena, po prejemu ustreznih informacij podala 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 ambulanti ali drugem okolju, v katerem deluje en sam zdravnik, oziroma na domu osebe, ki bo cepljena, ali v primeru logistično-organizacijskih težav