

## Щеплення проти COVID19

### Модуль на згоду (ДОДАТКОВА ДОЗА)

Ім'я та прізвище:

Дата народження:

Місце народження:

Місце проживання в Італії:

Телефон:

медична картка (за наявності): N.

Я прочитав, було проілюстровано мені зрозумілою мовою, і я повністю зрозумів Інформаційну замітку, складену Італійським медичним агентством з лікарських засобів (AIFA) про вакцину: \_\_\_\_\_

Я повідомив лікаря про патології, поточні та/або попередні і терапії в процесі.

У мене була можливість задати питання про вакцину і стан мого здоров'я і отримати вичерпні відповіді, які я зрозумів.

Я був правильно проінформований з чіткими словами для мене. Я зрозумів переваги і ризики щеплення, методи і терапевтичні альтернативи, а також наслідки можливої відмови від щеплення.

Я знаю, що якщо якийсь побічний ефект буде, я буду зобов'язаний негайно повідомити свого лікаря і слідувати показанням.

Я згоден залишатися в залі очікування принаймні 15 хвилин після введення вакцини, щоб бути впевненим, що не буде негайних побічних реакцій.

**Я погоджуюсь і дозволяю ввести щеплення \_\_\_\_\_**

Дата та місце \_\_\_\_\_

Підпис особи яка отримує щеплення або її законного представника

\_\_\_\_\_

**Відмовляюся від введення щеплення \_\_\_\_\_**

Дата та місце \_\_\_\_\_

Підпис особи яка отримує щеплення або її законного представника

\_\_\_\_\_

Оновлено 13/09/2021 Медичні

### Фахівці команди щеплення

1. Ім'я та прізвище (Лікар) .....

Я підтверджую, що особа яка робить щеплення висловила свою згоду на вакцинацію, після того, як була належним чином проінформована.

Підпис. ....

2. Ім'я та прізвище (Лікар або інший медичний працівник)

Роль.....

Я підтверджую, що особа яка робить щеплення висловила свою згоду на вакцинацію, після того, як був належним чином проінформована.

Підпис .....

Наявність другого медичного працівника не є суттєвим у випадку щеплення в клініці або де є один лікар, або вдома у особи яка отримує щеплення або якщо є організаційні проблеми.

Код виробника

Права

Ліва

Дата

Підпис лікаря

**Щеплення** проти COVID-19 Анамнестична анкета

Заповнити повинна особа яка буде щеплюватися. Потім анкета повинна бути розглянута разом з медичними працівниками.

Ім'я та прізвище:	телефон:		
<b>Анамнез</b>	<b>ТАК</b>	<b>НІ</b>	<b>Не знаю</b>
Ви зараз хворієте?			
У вас є лихоманка?			
Ви страждаєте від алергії на латексу, деякі продукти харчування, ліки або компоненти вакцини? Якщо так, вкажіть.....			
Ви коли-небудь мали серйозну реакцію після отримання вакцини??			
Страждає захворюванням серця, легенів, астмою, діабетом, анемією, захворюванням нирок, другими хворобами пов'язаними з кров'ю?			
Ви перебуваєте в стані порушення імунної системи? (Приклад: рак, лейкемія, лімфома, ВІЛ/СНІД, трансплантація)?			
Протягом останніх 3 місяців ви приймали препарати, які послаблюють імунну систему (наприклад: кортизон, преднізон або інші стероїди) або препарати проти раку, або пройшли променеве лікування??			
Протягом останнього року ви отримували переливання крові або продукти крові, або вам давали імуноглобуліни (гамма) або антивірусні препарати?			
У вас були напади конвульсій, проблеми з мозком чи нервовою системою?			
Ви робили щеплення останні 4 тижня? Якщо так, яке? .....			
Для жінок: - Вагітна або думає завагітніти в наступний місяць після першого чи другого введення вакцини? - годуєте дитину грудним молоком?			
Ви приймаєте антикоагулянтні препарати?			

Вкажіть нижче препарати, і зокрема антикоагулянтні, а також натуральні добавки, вітаміни, мінерали або будь-які альтернативні ліки, які ви приймаєте:

---



---



---



---



---

<b>Анамнез пов'язаний з COVID</b>	<b>ТАК</b>	<b>НІ</b>	<b>Не знаю</b>
В останній місяць ви контактували з людиною яка Інфікована Sars-CoV-2 або хворіє на COVID-19?			
У вас присутні наступні симптоми:			
• кашель/застуда/лихоманка/задишка або подібні симптоми?			
• біль у горлі/втрата нюху або смаку?			
• біль у животі/дідарея?			
• Аномальні синці або кровотеча/почервоніння в очах?			
міжнародні поїздки в останній місяць робили?			
Тест COVID-19:			
• не робила тести на COVID-19			
• тест на COVID-19 негативний (дата: ) _____			
• тест на COVID-19 позитивний (дата: ) _____			
• чекаю на відповідь на тест COVID19 (дата: ) _____			

Повідомити про будь-які інші патології або іншу корисну інформацію про стан вашого здоров'я

---



---



---



---

Дата та місце проведення щеплення \_\_\_\_\_

Підпис зацікавленої особи/законного представника \_\_\_\_\_