

Щеплення проти COVID19

Модуль на згоду (ДОЗА – “BOOSTER”)

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 вакцинації, методи і терапевтичні альтернативи, а також наслідки можливої відмови або відмови від бустерної дози

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 27/09/2021

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:		
Анамнез	ТАК	НІ	Не знаю
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, лейкомія, 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 променево 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:

Анамнез пов'язаний з COVID	ТАК	НІ	Не знаю
В останній місяць ви контактували з людиною яка Інфікована Sars-CoV-2 або хворіє на COVID-19?			
У вас присутні наступні симптоми:			
• кашель/застигання/лихоманка/задишка або подібні симптоми?			
• біль у горлі/втрата нюху або смаку?			
• біль у животі/діарея?			
• 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:) _____			

дДата другої дози проти щеплення COVID-19 _____
Повідомити про будь-які інші патології або іншу корисну інформацію про стан вашого здоров'я _____

Дата та місце проведення щеплення..... Підпис зацікавленої особи/представника .
.....
Медичний працівник.....