

Щеплення проти COVID-19. Модуль на згоду.

Ім'я та прізвище:	
Дата народження:	Місце народження:
Місце проживання в Італії:	Телефон:
Медична картка (за наявності): N.	

Я прочитав, мені було проілюстровано 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 терапії.

У мене була можливість задати питання про щеплення 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 або відмови від завершення щеплення другою дозою, якщо така є.

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 щеплення, щоб бути впевненим, що не буде негайних побічних реакцій.

Я згоден уповноважити введення щеплення

"_____".

Дата та місце проведення щеплення _____

Підпис особи яка отримує щеплення, або її законного представника

Відмова від введення щеплення

"_____".

Дата та місце проведення щеплення _____

Підпис особи яка отримує щеплення, або її законного представника

Медичні фахівці команди щеплення

1. Ім'я та прізвище (лікаря).....

Я підтверджую, що особа яка робить щеплення висловила свою згоду на щеплення, 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 була належним чином поінформована.

Підпис

Присутність другого медичного працівника корисна, але не є необхідною у випадку щеплення яке проводиться вдома або організаційної критичності.

Оперативні деталі щодо щеплення

	місце ін'єкції		LOT. N°	дата закінчення	місце щеплення	Дата та час щеплення	підпис медичного працівника
1а доза	Права рука	Ліва рука					
2° доза	Права рука	Ліва рука					

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 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:

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/застиуд/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 (Data: _____)			

Повідомте про будь-які інші патології або будь-яку іншу інформацію про стан вашого здоров'я

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

.....

Медичний працівник.....