VACCINAZIONE ANTI-**COVID19**

MODULO DI CONSENSO

Cognome e Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune residenza	Indirizzo residenza
Telefono	E-mail
N. Tessera Sanitaria (se disponibile)	

In qualità di (genitore, tutore, amministratore di sostegno) del

- ☐ Minore
- ☐ Interdetto/Infermo/Incapace
- ☐ Altro, specificare

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa* redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino:

"_____"

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

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 completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

VACCINAZIONE ANTI-**COVID19**

MODULO DI CONSENSO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino *"_____"*
Data e luogo
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale

Rifiuto la somministrazione del vaccino *"_____"*
Data e luogo
Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante Legale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale *******

1. **Nome e Cognome (Medico)**

   _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

2. **Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)**

   _____

   Ruolo

   _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

**** 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.***

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando e
da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Cognome e Nome	Telefono

ANAMNESI PREVACCINALE	**SI**	**NO**	**NON SO**
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si, specificare:			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
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?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se si, quale/i?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Per le donne			
- E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- Sta allattando?			

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

SCHEDA ANAMNESTICA

ANAMNESI COVID-CORRELATA	**SI**	**NO**	**NON SO**
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi?			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19:			
Test COVID-19 recente (Data: .....)			
In attesa di test COVID-19 (Data: .....)			
Test COVID-19 Negativo (Data: .....)			
Test COVID-19 Positivo (Data: .....)			

Data e luogo
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale