

Agg.to al 27/03/2021

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: ..... .....	Telefono: ..... .....
Tessera sanitaria (se disponibile): N. ....	

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.

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 al momento della vaccinazione

**1**

#### dati personali

nome e cognome.....

recapito telefonico .....

**2**

#### anamnesi

sì

no

non so

attualmente è malato?

ha febbre?

soffre di allergie? (ad es. lattice, cibi, farmaci, componenti del vaccino?) se sì specificare

.....  
.....

ha mai avuto una reazione grave dopo un vaccino?

soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemie o altre malattie del sangue?

si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? Ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto...

3	<b>negli ultimi tempi</b>	<b>sì</b>	<b>no</b>	<b>non so</b>
	negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario? ad es. cortisone, prednisone o altri steroidi, farmaci antitumorali? ha subito trattamenti con radiazioni?			
	durante lo scorso anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue o prodotti ematici? 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 sì specificare quali..... .....			

4	<b>per le donne</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>non so</b>
	è incinta o sta pianificando una gravidanza nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
	sta allattando?			

5	<b>assunzione di farmaci</b>
	Specifichi i farmaci che sta prendendo, <b>segnalando in particolare gli anticoagulanti</b> , integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi, ecc..
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

6	<b>anamnesi Covid-correlata</b>	<b>sì</b>	<b>no</b>	<b>non so</b>
	nell'ultimo mese, è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-Cov2 o affetta da Covid-19?			
	ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
	<b>sintomatologia</b> manifesta uno dei seguenti sintomi?			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tosse /raffreddore/ dispnea o sintomi simil – influenzali</li> <li>• mal di gola / perdita dell'olfatto o del gusto</li> <li>• dolore addominale / diarrea</li> <li>• lividi anormali o sanguinamento / arrossamento degli occhi</li> </ul>			
<b>Test Covid-19</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nessun test covid-19 recente</li> <li>• test covid-19 negativo in data.....</li> <li>• test covid-19 positivo in data.....</li> <li>• in attesa di test covid-19</li> </ul>				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				