

## VACCINATION CONTRE LA COVID19

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Prénom et Nom de famille : .....	
Date de naissance : .....	Lieu de naissance : .....
Adresse : ..... .....	Téléphone : ..... .....
Carte de santé (si disponible) : N. ....	

J'ai lu et on m'a expliqué dans une langue que je connais et j'ai tout à fait compris la Note d'Information écrite par l'Agence italienne des médicaments (AIFA) en ce qui concerne le vaccin :

“ \_\_\_\_\_ ”

J'ai signalé au médecin les pathologies, actuelles et / ou antérieures ainsi que les thérapies en cours.

J'ai eu la possibilité de poser des questions sur le vaccin et sur mon état de santé et j'ai obtenu des réponses exhaustives que j'ai comprises.

J'ai été correctement informé et les mots qui ont été utilisés pour le faire étaient tout à fait compréhensibles pour moi. J'ai compris les avantages et les risques de la vaccination, les modalités et les alternatives thérapeutiques mais aussi les conséquences d'un éventuel refus ou d'une renonciation de ma part à compléter la vaccination avec la deuxième dose, si cette dernière est prévue.

Je suis conscient de la responsabilité que j'ai de devoir informer et suivre les indications de mon médecin traitant au cas où n'importe quel effet indésirable apparaissait.

J'accepte de rester dans la salle d'attente pendant au moins 15 minutes à partir de l'administration du vaccin afin que l'on puisse s'assurer qu'aucune réaction indésirable immédiate ne survienne.

**Consenso Informato Vaccino Janssen  
Lingua Francese**

**Contestualizzazione  
del 28/07/2021**

**Pag. 2 a 2**

Je consens et j'autorise l'administration du vaccin " \_\_\_\_\_ ".

Date et lieu \_\_\_\_\_

Signature de la personne ou de son représentant légal qui accepte de se faire vacciner

\_\_\_\_\_

Je refuse l'administration du vaccin " \_\_\_\_\_ ".

Date et lieu \_\_\_\_\_

Signature de la personne ou de son représentant légal qui refuse de se faire vacciner

\_\_\_\_\_

*Professionnels de santé de l'équipe de vaccination*

1. Prénom et Nom de famille (médecin) \_\_\_\_\_

Je confirme que la personne qui va se faire vacciner a exprimé son consentement à la vaccination, après avoir été correctement informée.

Signature \_\_\_\_\_

2. Prénom et Nom de famille (médecin ou autre professionnel de la santé)

\_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Je confirme que la personne qui va se faire vacciner a donné son consentement à la vaccination, après avoir été correctement informée.

Signature \_\_\_\_\_

*La présence d'un deuxième professionnel de la santé n'est pas indispensable dans le cas d'une vaccination dans un ambulatorio ou dans un autre contexte où un seul médecin opère, au domicile de la personne qui se fait vacciner, ou dans une situation logistique et organisationnelle critique.*