

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
MODULO DI CONSENSO

<b>Nome e Cognome:</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita</b>
<b>Residenza:</b>	<b>Telefono:</b>
<b>Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale</b>	

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso il foglio informativo del/dei vaccino/i:  
“ .....”
- 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/ai vaccino/i 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 alla dose di vaccino .....
- Ho altresì compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino come previsto dalla NOTA REGIONALE DEL 20/09/2024.
- 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/dei vaccino/i per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

<b>ACCONSENTO E AUTORIZZO</b> la somministrazione del/dei vaccino/i “ .....”	<b>RIFIUTO</b> la somministrazione del/dei vaccino/i “ .....”
<b>Data e luogo:</b>	<b>Data e luogo:</b>
<b>Firma</b> della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale .....	<b>Firma</b> della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale .....
<b>Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)</b> <input type="checkbox"/> Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare/tutore/curatore/amm. legale di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19	
<b>Data e luogo:</b> .....	<b>Firma del Familiare, tutore curatore o amm.re legale:</b> .....

**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**

<b>1. Nome cognome e ruolo</b> .....
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con ..... dopo essere stato adeguatamente informato.
<b>Firma</b> .....

**Dettagli operativi della vaccinazione**

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
Altro vaccino	Braccio destro	Braccio sinistro					

**VACCINAZIONE Anti-COVID19 TRIAGE PREVACCINALE**

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e cognome: .....		Telefono: .....		
Data e luogo di nascita: .....		.....		
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì 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? (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 sì, quale/i? .....				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
Specifici di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: .....				
PER LE DONNE:		SI'	NO	N/A
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla 1° o 2° somministrazione?				X
sta allattando?				X
ANAMNESI COVID-CORRELATA		SI'	NO	Non so
Nell'ultimo mese <b>È</b> stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?				
Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?				
- 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				
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo Data .....				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo Data .....				
<input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 Data .....				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute: .....				
.....				
.....				
.....				
Data e luogo		Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		