



Nome e Cognome del vaccinando

Nato/a _____ il ____/____/20____

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale

Padre (Nome e Cognome): _____ nato il ____/____/____
a _____

Madre (Nome e Cognome): _____ nato il ____/____/____
a _____

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato il ____/____/____
a _____

____ sottoscritt____ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità.

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di aver ricevuto tramite

- ☐ materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- ☐ colloquio con un medico operatore sanitario:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;



l'Italia rinasce
con un fiore
vaccinazione
anti-Covid 19

di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i **quindici minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;
di aver riferito **corrette informazioni** sullo stato di salute del vaccinando;

- ☐ di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
☐ di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE** la seguente vaccinazione proposta:

	Accetto	firma
VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER)		

Firma dei genitori/del legale rappresentante

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione, accettata dal vaccinando. Per la vaccinazione proposta, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, al vaccino utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie. Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

Centro Vaccinale di _____ Data ____/____/____



Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva**Anamnesi**Da compilare a cura del **Vaccinando** e da riesaminare insieme al **Professionisti Sanitari** addetti alla vaccinazione.

- | | | | | |
|----------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 | Attualmente è malato? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 2 | Ha febbre? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 3 | Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 4 | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 5 | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 6 | Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 7 | 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? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 8 | Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 9 | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 10 | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| <i>Per le donne:</i> | | | | |
| 11 | È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 12 | Sta allattando? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

**Anamnesi COVID-correlata**

1. Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
2. 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?
3. Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
4. Test COVID-19:
- ☐ Nessun test COVID-19 recente
 - ☐ Test COVID-19 negativo in data: ____ / ____ / ____
 - ☐ Test COVID-19 positivo in data: ____ / ____ / ____
 - ☐ In attesa di test COVID-19 in data: ____ / ____ / ____

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Firma utente _____
(firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____

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.