

VACCINAZIONE ANTICOID 19 - MODULO DI CONSENSO

NOME E COGNOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____
 LUOGO DI NASCITA _____ RESIDENZA _____
 TELEFONO _____ TESSERA SANITARIA N _____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la nota informativa di cui ho preso visione. Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica ivi allegata. In presenza dei professionisti addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti 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. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò 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 della vaccinazione mediante vaccino _____

Data e luogo _____

Firma della persona che riceve il vaccino o del rappresentante legale _____

Rifiuto la somministrazione del vaccino _____

Data e luogo _____

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del rappresentante legale _____

PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

NOME e COGNOME _____ RUOLO _____

Firma _____ Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato

NOME e COGNOME _____ RUOLO _____

Firma _____ Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato

VACCINAZIONE ANTICOID 19 - SCHEDA ANAMNESTICA

NOME E COGNOME _____ TELEFONO _____

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?			

VACCINAZIONE ANTICOVID 19 - SCHEDA ANAMNESTICA (continuazione)

ANAMNESI	SI	NO	NON SO
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 od 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? _____ _____			
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Per le donne : sta allattando?			
Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali farmaci alternativi che sta assumendo : _____ _____ _____			
ANAMNESI COVID — correlata	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato a contatto con una Persona contagiata da SARS-COV2 o affetta da COVID-19?			
Ha tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?			
Ha mal di gola perdita dell'olfatto o del gusto?			
Ha dolore addominale/diarrea?			
Ha lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19: nessun test COVID-19 recente [] Test COVID-19 negativo [] (data: _____)			
Test COVID-19 positivo [] (data: _____) [] in attesa di Test COVID-19 [] (data: _____)			
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute : _____ _____ _____			
Data e luogo _____			
Firma della persona che riceve il vaccino o del rappresentante legale _____			