



SCHEMA VACCINAZIONE ANTI-COVID 19

Pfizer BioNTech Moderna

*Nome: _____

*Cognome: _____

*Data di Nascita: ____/____/____

*Codice Fiscale: _____

*Via di residenza: _____ N° _____

*Comune di residenza: _____

*Professione: _____

*Cellulare (obbligatorio) _____

Email: (opzionale): _____

Dose Booster

√ *Terza somministrazione: eseguita in data ____/____/2022 sede: _____

*Numero Lotto: _____ sc. _____ *sede di inoculazione: braccio: dx sx

*Nome infermiere: _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____ / ____ / ____

Luogo _____

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

B – scheda

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

- 1 Attualmente è malato? SI NO NON SO
- 2 Ha la febbre? SI NO NON SO
- 3 Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? 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, anemie 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 si quali _____ SI NO NON SO
- 11 Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? SI NO NON SO
- 12 Per le donne sta allattando? SI NO NON SO
- 13 Sta assumendo farmaci anticoagulanti? 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/perdere dell'olfatto o del gusto
 - Dolore addominale/diarrea
 - Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi
 - Ha fatto qualche viaggio internazionale si no non so
 - Nessun test Covid-19 recente
 - Test Covid-19 negativo in data _____
 - Test Covid-19 positivo in data _____
 - in attesa di covid-19 in data _____

Firma Utente (firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale)

Firma medico

Agg.to al 27/09/2021

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")

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 alla dose di richiamo (dose "booster").

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.