

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

MODULO DI CONSENSO

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita __/__/____ Luogo di nascita _____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, che mi è stata messa a disposizione. Ho compilato in modo veritiero e riesaminato col Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici e 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 2^a dose.

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 "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo
____/____/____, _____

*Firma della Persona che riceve il vaccino
o del suo Rappresentante legale*

SCHEDA ANAMNESTICA

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

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita __/__/____ Luogo di nascita _____

| ANAMNESI | SI | NO | NON SO |
|--|-----------|-----------|---------------|
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? | | | |
| Manifesta uno dei seguenti sintomi: | | | |
| <input type="checkbox"/> Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali? | | | |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? | | | |
| <input type="checkbox"/> Dolore addominale/diarrea? | | | |
| <input type="checkbox"/> Lividi anormali, sanguinamento/arrossamento degli occhi? | | | |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? | | | |
| Ha eseguito recentemente il Tampone per COVID-19? | | | |
| Se Sì, specificare: <ul style="list-style-type: none">• Test COVID-19 negativo (Data: _____)• Test COVID-19 positivo (Data: _____)• In attesa di test COVID-19 (Data: _____) | | | |

| ANAMNESI | SI | NO | NON SO |
|---|-----------|-----------|---------------|
| Attualmente è malato? | | | |
| Ha febbre? | | | |
| Soffre di allergia a farmaci, alimenti, lattice, o altre sostanze? 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 (cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | | | |
| Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (cortisone, prednisone o altri steroidi), farmaci antitumorali o 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? | | | |
| - sta allattando? | | | |

Specifichi di seguito i farmaci, e in particolare quelli anticoagulanti, nonché integratori naturali, vitamine, minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

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

Data e Luogo

____/____/____, _____

Firma del Personale Sanitario
