

Io sottoscritto Nome e Cognome: _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ email _____

DICHIARO

- Di aver letto e compreso la Nota informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco AIFA, che mi è stata anche illustrata in lingua nota, del vaccino **Pfizer (Comirnaty)** **Moderna (Spikevax)**
- Di aver riferito al Professionista sanitario le patologie attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione
- Di aver avuto la possibilità di porre domande al professionista sanitario in merito al vaccino ed al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Di essere 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 rinuncia al completamento della vaccinazione con le dosi successive, se previste.
- Di essere consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Di accettare di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per la valutazione dell'insorgenza di eventuali reazioni avverse immediate.
- Di acconsentire e di autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino:

Pfizer (Comirnaty)

Moderna (Spikevax)

- Di aver effettuato in precedenza una dose di vaccino anti- Covid19 SI NO TIPOLOGIA _____

Data I dose _____ Data II dose _____ Pregressa infezione NO SI Data I tampone positivo _____

- La veridicità della sotto riportata scheda anamnestica
- Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

SCHEDA ANAMNESTICA VACCINAZIONE ANTI-COVID19

1	Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
2	Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
3	Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o a componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
5	Soffre di malattie cardiache, polmonari, renali o del sangue, di asma o diabete?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
6	Ha malattie del sistema immunitario (es.: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS)?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
7	Negli ultimi 3 mesi ha assunto cortisone o antitumorali o ha effettuato radioterapia?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
8	Recentemente ha ricevuto una trasfusione di sangue oppure immunoglobuline?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
9	Ha avuto convulsioni, malattie cerebrali o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
10	Ha avuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
11	Sta assumendo anticoagulanti?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
12	È incinta o sta pensando di rimanere incinta?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
13	Sta allattando?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
14	Ha sintomi sospetti COVID? (tosse, raffreddore, mal di gola, perdita olfatto, dolori addominali, diarrea)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
15	È attualmente sottoposto a quarantena per contatto o rientro dall'estero?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
16	Ha mai avuto un tampone positivo per SARS-Cov 2?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
Se SI quando?							

NOTE (specificare patologie) _____

ANAMNESI FARMACOLOGICA

Specificare di seguito i farmaci, gli integratori, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi assunti

Data _____

FIRMA leggibile del vaccinando _____

VALUTAZIONE DI IDONEITÀ alla vaccinazione:

Nome e Cognome: _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

CATEGORIA A RISCHIO	
	Età
	Altro (inserire da elenco)

CONDIZIONI SANITARIE A RISCHIO	
	Nessuna condizione
	Altro (inserire da elenco)

NOTE _____

In base alle informazioni dichiarate nella acclusa scheda anamnestica ed al colloquio si valuta che il soggetto è:

- IDONEO ALLA VACCINAZIONE**
 I DOSE
 II DOSE
 III DOSE
 Addizionale
- Booster**

TIPO DI VACCINO _____

NON IDONEO

Confermo che il VACCINANDO ha espresso, in seguito al colloquio, il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Nome e cognome o timbro del **MEDICO** _____

Firma _____

Luogo _____ Data _____

Confermo che il VACCINANDO ha espresso, prima della somministrazione da me effettuata, il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Nome e cognome o timbro dell' **INFERMIERE** _____

Firma _____

Luogo (se diverso da quello dove il consenso è stato raccolto) _____

Data (se diversa da quella di raccolta del consenso) _____

DETTAGLI OPERATIVI DELLA VACCINAZIONE

DOSE			VACCINO		LOTTO	SCADENZA	SITO INOCULO		
I dose	II dose	ADDIZIONALE	PFIZER	MODERNA 0,5 ml 100 mcg			Deltoide destro	Deltoide sinistro	Altro
		BOOSTER		MODERNA 0,25 ml 50 mcg					