

**Modulo di Consenso**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

- 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) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia.
- Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaustive 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.
- Accordo ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "**Pfizer-BioNTech COVID-19**"
- Accordo ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "**COVID-19 Vaccine Moderna**"
- Accordo ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "**COVID-19 Vaccine AstraZeneca**"
- Accordo ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "**COVID-19 Vaccine Janssen**"

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

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

Luogo \_\_\_\_\_

**Professionista Sanitario dell'équipe vaccinale**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_



Consenso

**C**

Vaccinazione Anti-Covid 19

**Scheda Anamnestica**

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 ai 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
- 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 contagiate da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO
- 
- 2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinflenzali?
- 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** \_\_\_\_\_