



Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la **Nota Informativa in Allegato 1**, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la **Scheda Anamnestica in Allegato 2**.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto 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 al completamento della vaccinazione con la seconda 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 E AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".	RIFIUTO la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale
Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. D.L. n. 1 del 5/1/2021)	
<input type="checkbox"/> Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19 (cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19)	
Data e luogo: Firma del Familiare:	

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo	2. Nome cognome e ruolo
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato
Firma	Firma

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
1° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					
2° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					



VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e cognome:		Telefono:		
Data e luogo di nascita:		
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?				
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 o 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:		SI'	NO	Non so
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
sta allattando?				
Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:				
ANAMNESI COVID-CORRELATA		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:				
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?				
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?				
- Dolore addominale/diarrea?				
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?				
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?				
TEST COVID-19				
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data:))				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data:))				
<input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data:))				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:				
Data e luogo		Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		