

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					

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

Modulo consenso per vaccinand*i* MINORI

a cura dei genitori

Nome e Cognome del vaccinando _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Codice Fiscale _____

Residenza _____

I/il/la sottoscritti/o/a consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità,

Genitore 1

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ email _____

Genitore 2

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ email _____

RAPPRESENTANTE LEGALE (TUTORE O ALTRO)

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ email _____

DICHIARA/DICHIARANO sotto la propria responsabilità

- Di aver letto e compreso la Nota informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco AIFA, che 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 del vaccinando;
- Di aver avuto la possibilità di porre domande al professionista sanitario in merito al vaccino ed allo stato di salute del vaccinando ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- Di essere stato/i correttamente informato/i con parole a me/noi chiare.
- Di aver 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/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità dei/del genitori/e titolari/e della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del vaccinando e seguirne le indicazioni;
- Di accettare di rimanere con il vaccinando in sala d'aspetto per almeno 15 minuti dopo la 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 avuto in precedenza una dose di vaccino anti- Covid19 SI NO TIPOLOGIA _____
Data I dose _____ Data II dose _____ Pregressa infezione SI NO Data I tampone positivo _____
- La veridicità della sotto riportata scheda anamnestica;
- Che il vaccinando ha espresso parere favorevole alla vaccinazione;
- Acconsento/acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

o di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale

o di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega in modello sotto riportato, corredata da copia di documento di identità (allegato)

Spazio riservato ad eventuali provvedimenti del Tribunale dei Minori relativamente alla responsabilità genitoriale

Provvedimento del tribunale dei minori di _____ nr _____ del _____

Data _____ Luogo _____

Firma del genitore 1/soggetto titolare responsabilità genitoriale	Firma del genitore 2/ soggetto titolare responsabilità genitoriale
Firma vaccinando o del suo rappresentante legale	

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
<i>Se SI quando?</i>							

NOTE (specificare le patologie) _____

ANAMNESI FARMACOLOGICA

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

DELEGA PER LA VACCINAZIONE ANTICOVID

A cura del genitore che non può presenziare alla seduta vaccinale e che delega l'altro genitore

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

io sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Documento di riconoscimento _____ nr. _____

Rilasciato da _____ il _____,

impossibilitato ad essere presente alla vaccinazione di mio figlio/a

esprimo il consenso alla somministrazione del vaccino anti COVID sopra indicato ed al trattamento dei dati personali

DELEGO

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Documento di riconoscimento _____ nr. _____

Rilasciato da _____ il _____

a rappresentarmi presso il centro vaccinale per la vaccinazione di nostro figlio/a

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

In allegato fotocopia del documento del delegante

Luogo _____ data _____

Firma _____

VALUTAZIONE DI IDONEITÀ per vaccinazione con:

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**

TIPOLOGIA 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					