**VACCINAZIONE ANTI-COVID19 Agg.to al 08/09/2022**

**MODULO DI CONSENSO (BOOSTER) Professionisti sanitari dell’equipe vaccinale**

1. Nome e Cognome (Medico)
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

1. Nome e Cognome (Medico o altro professionista sanitario)

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

Firma

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto dove operi un singolo medico, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa

Dettagli operativi della vaccinazione

Sinistra

Destra

Nome e Cognome:

Data di nascita: Luogo di nascita:

Residenza: Telefono:

Tessera sanitaria (se disponibile): N.

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre delle 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.

Lotto

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.

Firma operatore

Data

**Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data e Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rifiuto la somministrazione del vaccino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data e Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VACCINAZIONE | ALLEGATO 2AL MODULO DI CONSENSO(vaccino) ANTI-COVID-19 - SCHEDA ANAMNESTICA  | 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: |
|  |  |

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

|  |
| --- |
| Nome e Cognome: Telefono: |
| **Anamnesi** | **SI** | **NO** | **NON SO** |
| Attualmente è malato? |   |   |   |
| Ha febbre? |   |   |   |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o aicomponenti 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:- è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? |   |   |   |
| - sta allattando? |   |   |   |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti? |   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anamnesi COVID-correlata** | **SI** | **NO** | **NON SO** |
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV-2 o affetta da COVID-19? |   |   |   |
| Manifesta uno dei seguenti sintomi: |   |   |   |
| * Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?
 |   |   |   |
| * 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:* Nessun test COVID-19 recente
* Test COVID-19 negativo

(Data: ) |   |   |   |
| * Test COVID-19 positivo

(Data: ) |
| * In attesa di test COVID-19

(Data: ) |

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

DATA E LUOGO FIRMA INTERESSATO/LEGALE RAPP/TUTORE.

3 4