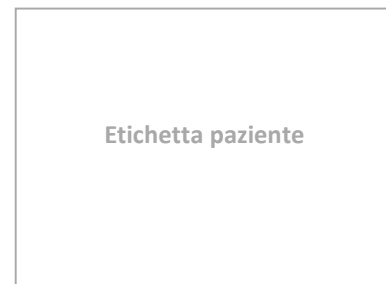


Cognome e Nome: _____

Nata/o a: _____ in data ____/____/____

Residente a: _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____



- 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) del vaccino "COVID-19 VACCINE VAXZEVRIA (AstraZeneca)" (IP-DS-019).
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e /o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- 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 nel luogo che mi verrà indicato per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO ED AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine VAXZEVRIA (AstraZeneca)" **RIFIUTO** la somministrazione del vaccino "COVID-19 Vaccine VAXZEVRIA (AstraZeneca)"

Luogo _____ Data di somministrazione ____/____/____ FIRMA _____

DELLA PERSONA O DEL SUO RAPPRESENTANTE LEGALE

Da compilare da parte dei Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale:

Nome e Cognome: _____ Ruolo: _____ Firma: _____

Nome e Cognome: _____ Ruolo: _____ Firma: _____

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

| | Sito di iniezione | | N° Lotto | Data Scadenza | Luogo di somministrazione | Data e ora di somministrazione | Firma Sanitario |
|---------|-------------------|------------|----------|---------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------|
| 2a Dose | Braccio DX | Braccio SX | | | | | |

La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.

**ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO
VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 – SCHEDA ANAMNESTICA**

| 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? <i>Se sì, specificare:</i> _____ | | | |
| 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? <i>Se sì, quale/i?</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? | | | |

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali altri 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 (negli ultimi 6 mesi) | | | |
| <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 sul Suo stato di salute:

Data ____/____/____

Firma _____