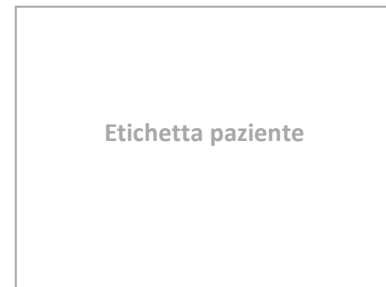


**Cognome e Nome:** \_\_\_\_\_

**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: “COMIRNATY – PFIZER-BIONTECH COVID-19” (IP-DS-020).

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

Ho avuto la possibilità di porre 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, 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 “COMIRNATY – PFIZER-BIONTECH COVID-19”**     **RIFIUTO la somministrazione del vaccino “COMIRNATY – PFIZER-BIONTECH COVID-19”**

**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	Sì	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? _____			
<b>Per le donne:</b>			
• 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	Sì	No	Non so
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
<b>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</b>			
• 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?			
<b>Test COVID-19 (negli ultimi 6 mesi)</b>			
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente			
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 <u>NEGATIVO</u> , data ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 <u>POSITIVO</u> , 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 \_\_\_\_\_