

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO

Cognome Nome e: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: .....	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: “ \_\_\_\_\_ ”

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 nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

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 rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale  
\_\_\_\_\_

*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 \_\_\_\_\_



2. 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 è utile ma non indispensabile in  
caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.*

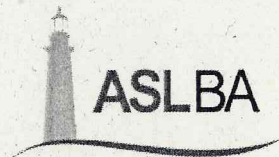
**VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19**  
**ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI TRIAGE PREVACCINALE**

Risposte possibili: si-no-non so

- Attualmente è malato? SI  NO  NON SO
- Ha febbre? SI  NO  NON SO
- Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  
SI  NO  NON SO

Se sì specificare:

- Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? SI  NO  NON SO
- Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  
SI  NO  NON SO
- Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? SI  NO  NON SO
- 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?  
SI  NO  NON SO
- Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? SI   
NO  NON SO
- Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  
SI  NO  NON SO
- Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? SI  NO  NON SO
- Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? SI  NO  NON SO
- Per le donne:  
- sta allattando? SI  NO  NON SO
- Sta assumendo farmaci anticoagulanti? SI  NO  NON SO



**VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19**  
**ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI ANAMNESI COVID19 –**  
**CORRELATA**

Risposte possibili: si-no-non so

- Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  
SI  NO  NON SO

Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simili influenzali? SI  NO  NON SO
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? SI  NO  NON SO
- Dolore addominale/diarrea? SI  NO  NON SO
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? SI  NO  NON SO
- Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? SI  NO  NON SO

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 della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale