

[]

VACCINAZIONE ANTI-COVID19
MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE

FASCIA D'ETA' 5-11 ANNI

COGNOME NOME DEL VACCINANDO		
NATO IL	LUOGO DI NASCITA:	RESIDENZA:
TELEFONO:	CODICE FISCALE	

RAPPRESENTANTE LEGALE/GENITORE 1

COGNOME NOME:	
NATO IL	CODICE FISCALE:

DATI DEL GENITORE 2

COGNOME NOME:	
NATO IL	CODICE FISCALE:

D Modulo di Consenso

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- ✓ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto 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.
- ✓ 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 verificano reazioni avverse immediate.
- ✓ dichiaro di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente (nel caso di presenza di un unico genitore).

acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione anti-Covid-19 mediante vaccino **“Pfizer-BioNTechCOVID-19”**

Data ____/____/____

Luogo _____

Firma Rappresentante Legale/Genitore 1

Firma Genitore 2

B Scheda Anamnestica -Vaccinazione Anti-Covid 1

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

- 1 Attualmente è malato? SI NO NON SO
- 2 Ha febbre? SI NO NON SO
- 3 Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare _____ SI NO NON SO
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? SI NO NON SO
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? SI NO NON SO
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? SI NO NON SO
- 7 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
- 8 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
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? SI NO NON SO
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ SI NO NON SO

11 Specifica di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

Anamnesi COVID-correlata

1 Attualmente è malato? SI NO NON SO

2 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?

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? SI NO NON SO

4 Test COVID-19:

Nessun test COVID-19 recente

Test COVID-19 negativo in data: ____/____/____

Test COVID-19 positivo in data: ____/____/____

In attesa di test COVID-19 in data: ____/____/____

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

FIRMA DEL MEDICO _____

PROFESSIONISTI SANITARI DELL'EQUIPE VACCINALE

1° Dose

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____

LOTTO _____ SCADENZA _____

BRACCIO DESTRO

BRACCIO SINISTRO

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

Firma _____

2° Dose

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____

LOTTO _____ SCADENZA _____

BRACCIO DESTRO

BRACCIO SINISTRO

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

Firma _____

Firma del Medico _____

3° Dose

NOME E COGNOME _____ RUOLO _____

LOTTO _____ SCADENZA _____

BRACCIO DESTRO

BRACCIO SINISTRO

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

Firma _____

Firma del Medico _____