

## Vaccinazione anti-Covid-19

### MODULO DI CONSENSO (Seconda dose o terza dose Addizionale e Booster)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Telefono (cellulare) \_\_\_\_\_

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE (allegata delega o certificazione)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

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) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto 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.
- ✓ 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 (o tempo maggiore indicatomi dal medico vaccinatore)

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19"

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna"

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Firma Utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

-Dose da somministrare  Seconda dose  Dose addizionale  Dose  
Booster

Note anamnestiche aggiuntive alla I e II dose: Nessun evento avverso  Altro:

Precedente Covid-19: No  Si  data I tampone positivo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Allergie No  Si  :

Gravidanza: No  Si  Settimana di gestazione \_\_\_\_\_

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

Il Medico: Nome e Cognome \_\_\_\_\_