

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19

### MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")

Nome e Cognome:	
Residenza:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	Tessera sanitaria numero (se disponibile):

- 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 alla dose di richiamo (dose "booster").
- 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.

ID Hub digitale (se disponibile):
-----------------------------------

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino

Data e Luogo

---

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

Ora somministrazione:	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

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 del medico \_\_\_\_\_

### 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 del medico \_\_\_\_\_

**La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**

**Tipo e dose di vaccino per booster:**

Comirnaty Pfizer 0,3ml       Spikevax Moderna 0,25ml "mezza dose"

Nr LoQo: \_\_\_\_\_ Data scadenza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sito di somministrazione: braccio destro       braccio sinistro

**ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI TRIAGE PREVACCINALE**

Risposte possibili: si – no - non so	3° dose		
	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? *indicare in note	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Nota - Se sì, quale/i?   			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egli 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? ** indicare in note	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
** Nota - Se sì, quale/i?   			
Per le donne: - sta allattando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:**


### ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI ANAMNESI COVID19 – CORRELATA

Risposte possibili: si – no - non so	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:

Risposte possibili: si – no	SI	NO
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TEST COVID-19:

Nessun test COVID-19 recente ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Test COVID-19 negativo ?	Data: <input type="text"/>
Test COVID-19 positivo ?	Data: <input type="text"/>
In attesa di test COVID-19 ?	Data: <input type="text"/>

### REAZIONI AVVERSE:

Risposte possibili: si – no	SI	NO
Reazioni avverse dopo la prima dose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reazioni avverse dopo la seconda dose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, descrivere brevemente quale/i: <input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

_____	_____
Nome e cognome Medico/Assistente Sanitario	Firma Medico/Assistente Sanitario
_____	_____
Nome e cognome persona assistita	Firma persona assistita
_____	_____/_____/_____
Luogo	Data