

# VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

## MODULO DI CONSENSO

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

Data di nascita \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, che mi è stata messa a disposizione. Ho compilato in modo veritiero e riesaminato col Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici e 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 2<sup>a</sup> 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 verifichino *reazioni avverse immediate*.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "Moderna COVID-19".

Data e Luogo  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## SCHEDA ANAMNESTICA

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

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

Data di nascita \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

<b>ANAMNESI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
<input type="checkbox"/> Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?			
<input type="checkbox"/> Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
<input type="checkbox"/> Dolore addominale/diarrea?			
<input type="checkbox"/> Lividi anormali, sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Ha eseguito recentemente il Tampone per COVID-19?			
Se Sì, specificare: <ul style="list-style-type: none"><li>• Test COVID-19 negativo (Data: _____)</li><li>• Test COVID-19 positivo (Data: _____)</li><li>• In attesa di test COVID-19 (Data: _____)</li></ul>			

<b>ANAMNESI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergia a farmaci, alimenti, lattice, o altre sostanze? 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 (cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (cortisone, prednisone o altri steroidi), farmaci antitumorali o 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? .....			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, e in particolare quelli anticoagulanti, nonché integratori naturali, vitamine, minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---



---



---



---



---

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

---



---



---



---

Data e Luogo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

*Firma del Personale Sanitario*

\_\_\_\_\_