


VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO

DOSE:

COGNOME NOME _____ SESSO _____
 DATA DI NASCITA ___/___/___ ETA' (anni compiuti) _____ CODICE FISCALE _____
 RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (___)
 TEL (CELLULARE) _____ MAIL _____

SCHEDA ANAMNESTICA

(da compilare da parte del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari addetti alla vaccinazione)

Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha febbre?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si specificare:</i> _____		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si specificare:</i> _____		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
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 (radioterapia)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
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"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si quali:</i> _____		
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se si indicare nello spazio "terapia")	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per le <u>donne</u> : sta allattando?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No


 Patologie da cui è affetto/a: _____

 Terapia Farmacologica che sta assumendo: _____

ANAMNESI COVID19-CORRELATA

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 o affetta da Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
---	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

E' attualmente sottoposto al regime di quarantena fiduciaria?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

Manifesta dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

Ha effettuato un test Covid-19?

 Nessun test Covid

 Test Covid19 NEGATIVO: Data.....

 Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo):

 In attesa esito test Covid19 effettuato in data

Per coloro che effettuano la 2° o 3° dose di vaccino anti-Covid 19:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Ha avuto reazioni dopo la 1° o 2° dose?

Se sì, quali?

Se sì, sono state segnalate ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

CONSENSO INFORMATO

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità dichiaro che:

- Dichiaro che ho letto e ho compreso le informazioni contenute nella nota informativa del vaccino che mi è stato offerto.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti
- Ho compreso i rischi e i benefici della vaccinazione.
- Ho compreso che qualora si verificasse un qualsiasi effetto collaterale di informare immediatamente il mio medico curante
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dopo la vaccinazione per valutare che non si verifichino reazioni avverse immediate

 Accosento e autorizzo la somministrazione del vaccino
 Rifiuto la somministrazione del vaccino


A CURA DELL'OPERATORE:

CATEGORIA VACCINALE: _____			IDONEO VACCINO?	Osservazione PostVaccino
TIPO VACCINO 1° DOSE <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna) <input type="radio"/> Vaxzevria (AstraZeneca) <input type="radio"/> Janssen	2° DOSE <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna) <input type="radio"/> Vaxzevria (AstraZeneca)	3° DOSE <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 15 minuti <input type="checkbox"/> 30 minuti <input type="checkbox"/> 60 minuti

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX
----------------	-----------------------------	-----------------------------

FIRMA DI CHI RICEVE LA VACCINAZIONE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE ____/____/____

SEDE VACCINALE : _____

FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)

FIRMA VACCINATORE (leggibile)

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

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

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

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.

Agg.to al 27/09/2021

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 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.