

**COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA
MODULO DI CONSENSO**

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

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la **Nota Informativa** in **Allegato 1**, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la **Scheda Anamnestica** in **Allegato 2**. 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 verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA".	RIFIUTO la somministrazione del vaccino " COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA".
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del Rappresentante legale
Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)	
<input type="checkbox"/> I paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. <i>cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19</i>	
Data e luogo:	Firma del Familiare:

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo	2. Nome cognome e ruolo
.....
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
1° dose	<input type="checkbox"/> Braccio destro	<input type="checkbox"/> Braccio sinistro					
2° dose	<input type="checkbox"/> Braccio destro	<input type="checkbox"/> Braccio sinistro					

ALLEGATO 2 AL MODULO DI CONSENSO

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e Cognome:	Telefono:		
Data e luogo di nascita:		
ANAMNESI	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 lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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?	<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? Se sì, quale/i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le donne:	SI'	NO	Non so
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sta allattando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:			
ANAMNESI COVID-CORRELATA	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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST COVID-19			
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente			
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data:)			
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data:)			
<input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data:)			
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:			
Data e luogo		Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale	