

DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO

VACCINAZIONE ANTI - CoVID-19
MODULO DI CONSENSO

1

Nome	Cognome
Data di nascita	Luogo di Nascita
Età compiuta	Telefono
Tessera Sanitaria.	
Comune di:	

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.

Accetto di rimanere nella sala di aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate

ACCONSENTO ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" o "Moderna".

Data e Luogo _____

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

RIFIUTO la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" o "Moderna".

Data e Luogo _____

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

DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

2

1. Nome e Cognome _____

Ruolo: **MEDICO**

Confermo che il Vaccinando **ha espresso** il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

2. Nome e Cognome _____

Ruolo: **INFERMIERE - ASS.SANITARIO**

Confermo che il Vaccinando **ha espresso** il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

Sito di iniezione	Lotto N°	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data somministrazione	Firma Operatore
-------------------	----------	------------------	---------------------------	-----------------------	-----------------

1° Dose	Braccio DX	Braccio SX					
2° Dose	Braccio DX	Braccio SX					

- Il vaccino richiede due dosi, a distanza di almeno 21 giorni l'una dall'altra.
- E' molto importante che LEI si presenti per la seconda somministrazione (come indicato dai sanitari) altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare.
- Anche dopo la somministrazione di entrambe le dosi, si raccomanda di continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni delle autorità locali per la Sanità Pubblica al fine di prevenire la diffusione del CoVID-19