

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

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

X barrare la scelta

☐☐

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")/alla dose addizionale.

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 "_____".

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 (infermiere somministratore)

Firma _____

	SEDUTA VACCINALE INOCULO DOSE ADDIZIONALE/BOOSTER VACCINO ANTI COVID PRESSO IL CENTRO VACCINALE HUB	Ver.0 0.20 21 Pag. 1 a 1
--	--	--

RACCORDO ANAMNESTICO			
Cognome _____ Nome _____		Data nascita ____/____/____	
Data ultima vaccinazione			
ANAMNESI COVID CORRELATA	SI	NO	NON SO
Sono comparsi dei sintomi dopo la somministrazione della seconda dose vaccinale?			
☐ reazione febbrile ☐ dolore in sede di inoculo ☐ artralgie ☐ linfadenomegalia ☐ disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) ☐ cefalea ☐ sintomi neurologici _____ ☐ Reazioni di possibile natura allergica (rush cutaneo, sincopi, disturbi respiratori, altro)			
Hai dovuto assumere farmaci per questi sintomi?			
Se sì quali?			
Hai eseguito test COVID 19 dopo la seconda somministrazione? R = rapido M = molecolare			
Se sì con quale risultato?			
Hai dovuto modificare terapie abituali o sono comparse recentemente patologie che hanno richiesto cure farmacologiche?			
Se sì quali?			

OSSERVAZIONI

Firma del Medico che effettua anamnesi

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Nome commerciale Vaccino	Lotto N°	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora di somministrazione	Firma sanitario
3 ^a dose o dose addizionale	Braccio destro	Braccio sinistro						