

MODULO DI CONSENSO PER SECONDA DOSE DEL VACCINO VAXZEVRIA IN SOGGETTI SOTTO I 60 ANNI DI ETÀ CHE HANNO GIÀ RICEVUTO LA PRIMA DOSE.

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: Vaxzevria (AstraZeneca);

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;

Ho riferito di essere stato sottoposto alla somministrazione della prima dose di vaccino Vaxzevria (AstraZeneca);

Ho compreso che sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute dell'11 giugno 2021 e della determina AIFA prot. N. 699 del 14 giugno 2021, che inserisce la vaccinazione COVID-19 eterologa negli elenchi di cui alla legge 648/96, il vaccino anti COVID 19 raccomandato per gli utenti di età inferiore ai 60 anni compiuti è Comirnaty (Pfizer- BioNTech) o Moderna (a mRNA virale), anche per chi ha già ricevuto la prima dose di ASTRAZENECA (Vaxzevria);

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 al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

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 a 17 giugno 2021

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della seconda dose del vaccino
" _____ ".

Data e Luogo _____

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

Rifiuto la somministrazione della seconda dose 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 della seconda dose con _____, 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 della seconda dose con _____, 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.