

SCHEDA VACCINAZIONE ANTI COVID-19

("Pfizer-BioNTech COVID-19") ("COVID-19 Vaccine Moderna") ("COVID-19 Vaccine AstraZeneca")

SECONDA DOSE

DATA _____

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale : _____

Recapito telefonico: _____

Professione: _____

MODULO DI CONSENSO

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

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 ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino:

Pfizer-BioNTech COVID-19 COVID-19 Vaccine Moderna COVID-19 Vaccine AstraZeneca _____

Data e Luogo: _____

ACCETTO La somministrazione della 2 dose di vaccino

Pfizer-BioNTech COVID-19 COVID-19 Vaccine Moderna COVID-19 Vaccine AstraZeneca _____

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

Oppure

RIFIUTO la somministrazione

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

SCHEDA ANAMNESTICA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 – SECONDA DOSE

(da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione)

Anamnesi	SI	NO	Non so
Rispetto alla rilevazione anamnestica effettuata in occasione della prima somministrazione, si sono verificate variazioni (stato di gravidanza, allattamento, esito dei test per infezione da SARS-Cov2, nuove terapie, ecc...)?			
Se SI precisare:			
Dopo la somministrazione della prima dose, ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, ecc...)?			
Se SI precisare sia il tipo di reazione, che il tempo di comparsa della reazione:			
Dopo la somministrazione della prima dose, ha presentato reazione generalizzata/sistematica a distanza dalla sede di somministrazione (orticaria, angioedema, prurito generalizzato, ecc...)?			
Se SI precisare sia il tipo di reazione, che il tempo di comparsa della reazione:			