

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
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 redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del/dei vaccino/i: “_____”
- 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/ai vaccino/i 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 addizionale** o di richiamo (**dose “booster” o “second booster”**).
- Ho altresì compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02/10/2021 “*Intervallo temporale tra la somministrazione dei vaccini anti-SARS-CoV-2/COVID-19 e altri vaccini*”
- 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/dei vaccino/i per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del/dei vaccino/i “	RIFIUTO la somministrazione del/dei vaccino/i “
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale
Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6) <input type="checkbox"/> Il 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. cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19	
Data e luogo: Firma del Familiare:	

Professionisti sanitari dell’equipe vaccinale

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

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
	destra	sinistra					
1° dose anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
2° dose anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
3° dose anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
4° dose anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
Altro vaccino	Braccio destro	Braccio sinistro					