Modulo 2

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE IN FARMACIA

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Tessera sanitaria: _____

□ somministrazione vaccino antinfluenzale

□ somministrazione vaccino anti Covid-19

□ somministrazione vaccino anti Difterite Tetano Pertosse

□ somministrazione vaccino anti Pneumococco

□ somministrazione vaccino anti TBE

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 preso visione dell'Informativa *privacy* e ho prestato il mio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Ho riferito al Farmacista 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.

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 nell'area d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino.

Qualora non in possesso di informazione/documentazione certa in ordine a precedente analoga vaccinazione:

- Autorizzo il Farmacista a verificare, al fine di erogare la vaccinazione secondo la schedula vaccinale prevista, tramite la consultazione dell'applicativo WebApp di SIAVr (anagrafe regionale vaccini), la presenza di eventuale pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini registrati in Anagrafe Vaccinale della Regione del Veneto SI □ NO □

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 riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

_____

Nome e Cognome del Farmacista_____
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma
_____