

**Dati identificativi del minore**

Nome e Cognome _____		CF/Tessera sanitaria _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____		
Residenza _____		Telefono: _____	

**Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale**

Padre (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Madre (Nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale (tutore o altro) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Il sottoscritt / \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

**di aver ricevuto** tramite materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile sul portale di auto-prenotazione e di cui ho compreso il contenuto e/o con colloquio con il mio MMG/PLS **un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente su:**

modalità di effettuazione della vaccinazione e la via di somministrazione del vaccino; vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché delle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione; condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione; eventuali effetti collaterali della vaccinazione e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento; possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni; possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della malattia per cui si vaccina (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato);

**di essere stato invitata/o a trattenere il minore** vaccinato presso l'Ambulatorio per i **quindici minuti** successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;  
**di aver riferito corrette informazioni** sullo stato di salute del vaccinando;

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna oppure  
 di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

**(barrare la voce corrispondente)**

<b>ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del VACCINO _____</b>	
<b>Firma del padre/rappresentante legale</b>	
<b>Firma della madre</b>	
<b>Data e luogo</b>	
<b>Confermo che è stato espresso il consenso alla vaccinazione, dopo adeguata informativa</b>	
<b>Dott. _____</b>	<b>firma _____</b>

**Dettagli operativi della vaccinazione**

	sito iniezione		vaccino	luogo	data e ora	firma sanitario
1° dose	braccio ds	braccio sn				
2° dose	braccio ds	braccio sn				
3° dose	braccio ds	braccio sn				

**MODULO DI TRIAGE PREVACCINALE**
**VACCINAZIONE ANTISARS-CoV-2/COVID-19 TRIAGE PREVACCINALE**
*Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione*

Nome e cognome: .....		Telefono: .....		
Data e luogo di nascita: .....		.....		
<b>ANAMNESI</b>		<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>Non so</b>
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: .....				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)				
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?				
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
Specifici di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: .....				
<b>PER LE DONNE:</b>		<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>Non so</b>
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
sta allattando?				
<b>ANAMNESI COVID-CORRELATA</b>		<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>Non so</b>
Nell'ultimo mese <u>È</u> stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?				
Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?				
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?				
- Dolore addominale/diarrea?				
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?				
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?				
<b>TEST COVID-19</b>				
Nessun test COVID-19 recente				
Test COVID-19 negativo (Data.....)				
Test COVID-19 positivo (Data.....)				
In attesa di test COVID-19 (Data.....)				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute: .....				
Per Seconda o terza dose - Ha avuto reazioni avverse dopo la somministrazione di prima o seconda dose? Se si specificare		<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>Non so</b>
<b>Data e luogo</b> .....	<b>Firma</b> del vaccinando o del suo Rappresentante legale .....			