Allegato 4

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID19 DELLA POPOLAZIONE GENERALE

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 MODULO DI CONSENSO

Rifiuto la somministrazione del vaccino "". Data e Luogo	Nome e Cognome:						
Residenza:	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • •	•••••	• • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
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: "	Data di nascita:	Luogo di	nasci	ita:			
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: "			• • • • •	• • • • • •	• • • • • • • •		••••
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: "	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: "		.	• • • • •				
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: "	•••••						
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 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 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 duna 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. Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino " ". Data e Luogo ". Brifiuto la somministrazione del vaccino " del suo Rappresentante legale. Rifiuto la somministrazione del vaccino " ". Data e Luogo ".		.	• • • • •	• • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
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 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 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 duna 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. Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino " ". Data e Luogo ". Brifiuto la somministrazione del vaccino " del suo Rappresentante legale. Rifiuto la somministrazione del vaccino " ". Data e Luogo ".	Topone conitorio (co dimen	:L:1_\.		NI.			
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 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 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 duna 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. Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "". Data e Luogo ". Brifiuto la somministrazione del vaccino "". Data e Luogo ".	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	*					
Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••			••••			
Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "							
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale Rifiuto la somministrazione del vaccino "". Data e Luogo".	vaccinazione, le modalità e le alternative terapeu una rinuncia al completamento della vaccinazion Sono consapevole che qualora si verificasse qua immediatamente il mio Medico curante e seguira Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per ala assicurarsi che non si verifichino reazioni avvers	ntiche, nonch ne con la sec Isiasi effetto ne le indicaz meno 15 mi se immediate	né le conda colla ioni. nuti	conseg dose, aterale	guenze se prev sarà m	di un eventuale rif vista. iia responsabilità ir	iuto o di nformare
Rifiuto la somministrazione del vaccino "". Data e Luogo".							
Data e Luogo	Firma della Persona che riceve il	vaccino	0	del	suo	Rappresentante	legale
Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale	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, dopadeguatamente informato.	oo essere stato
Firma	
2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)**	
Ruolo	
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dop	oo essere stato
adeguatamente informato.	
Firma	

La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.



^{*} Farmacista nel caso di somministrazione del vaccino in farmacia

^{**} Per le farmacie anche un solo Farmacista