

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) o Codice fiscale:	

Ho letto/mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso il contenuto del Foglio Illustrativo del vaccino ***Cominarty Omicron XBB 1.5***

Ho riferito all'operatore sanitario 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 di una rinuncia alla vaccinazione.

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 E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino <i>Cominarty Omicron XBB 1.5</i>	RIFIUTO la somministrazione del vaccino <i>Cominarty Omicron XBB 1.5</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
1. Nome cognome operatore sanitario	2. Nome cognome operatore sanitario
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma:	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo dissenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma:

Dettagli operativi della vaccinazione

Sito di iniezione		Data e ora	Firma operatore sanitario
Braccio destro	Braccio sinistro		

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:				
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?				
Ha febbre/tosse/raffreddore/mal di gola/perdita gusto od olfatto/dolori addominali/diarrea/lividi cutanei o arrossamento degli occhi?				
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?				
Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:				
PER LE DONNE:		SI'	NO	Non so
E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?				
Sta allattando?				
ANAMNESI COVID-CORRELATA		SI'	NO	Non so
Nell'ultimo mese È stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?				
TEST COVID-19: Nessun test COVID-19 recente Test COVID-19 negativo (Data) Test COVID-19 positivo (Data) In attesa di test COVID-19 (Data)				
VACCINI COVID: In quale data ha eseguito l'ultima vaccinazione anti-covid?				
REAZIONE AVVERSE PREGRESSE: ho avuto reazioni avverse alla dose n..... Se sì specificare.....		SI'	NO	Non so
Data e luogo	Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale			