

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 _____

Io 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)

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

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				

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:		
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
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?				
Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:				
PER LE DONNE:		SI'	NO	Non so
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
sta allattando?				
ANAMNESI COVID-CORRELATA		SI'	NO	Non so
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?				
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.....)				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:				
PER SECONDA DOSE – Ha avuto reazioni avverse dopo la somministrazione prima dose se si specificare.....		SI'	NO	Non so
Data e luogo	Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale			