

VACCINAZIONE ANTI-COVID19
MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
CODICE FISCALE	

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 di una 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 _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante
legale _____

Rifiuto la somministrazione del vaccino “ _____ ”.

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,
dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____



2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

Ruolo _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione,
dopo 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.*

VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19
ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI TRIAGE PREVACCINALE

Risposte possibili: si-no-non so

- Attualmente è malato? **SI** **NO** **NON SO**
- Ha febbre? **SI** **NO** **NON SO**
- Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
SI **NO** **NON SO**

Se sì specificare:

- Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? **SI** **NO** **NON SO**
- Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?
SI **NO** **NON SO**
- Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? **SI** **NO** **NON SO**
- 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?
SI **NO** **NON SO**
- Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? **SI**
NO **NON SO**
- Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?
SI **NO** **NON SO**
- Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? **SI** **NO** **NON SO**
- Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? **SI** **NO** **NON SO**
- Per le donne:
- sta allattando? **SI** **NO** **NON SO**
- Sta assumendo farmaci anticoagulanti? **SI** **NO** **NON SO**

VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19
ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI ANAMNESI COVID19 –
CORRELATA

Risposte possibili: si-no-non so

- Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?
SI NO NON SO

Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simili influenzali? SI NO NON SO
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? SI NO NON SO
- Dolore addominale/diarrea? SI NO NON SO
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? SI NO NON SO
- Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? SI NO NON SO

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 sul Suo stato di salute

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

Dettagli operativi della vaccinazione

2° dose	1° dose	
Braccio destro	Braccio destro	Sito di iniezione
Braccio sinistro	Braccio sinistro	
		LOT. N°
		Data di scad.
		Luogo di sommini- strazione
		Data e ora di Ssmmini- strazione
		Firma Sanitario





REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIREZIONE SISP AREA NORD