

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO

Cognome e Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune residenza	Indirizzo residenza
Telefono	E-mail
N. Tessera Sanitaria (se disponibile)	

In qualità di (genitore, tutore, amministratore di sostegno) del

- Minore
- Interdetto/Infermo/Incapace
- Altro, specificare

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.

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO

<p style="text-align: center;">Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “ _____ ”</p>
Data e luogo
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale

<p style="text-align: center;">Rifiuto la somministrazione del vaccino “ _____ ”</p>
Data e luogo
Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante Legale

*Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale **

<p>1. Nome e Cognome (Medico)</p> <p>_____</p> <p><i>Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i></p> <p>Firma _____</p> <p>2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)</p> <p>_____</p> <p>Ruolo _____</p> <p>_____</p> <p><i>Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i></p> <p>Firma _____</p>
--

*** La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**