



MEDI – TERR

Gruppo di Medicina e di Pediatria di famiglia ASLTO3

Via Ospedale 1 – 10067 Vigone (To) – Tel. 011 9801850 – 011 9802037
Cod.Fisc. 94558910017

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-A19

della Popolazione generale *versione 13.1.21 Covid 19 Vaccine Moderna*

NOME COGNOME **nato/a il**.....

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa in **Allegato 1**, di cui ricevo copia.
- Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale sanitario la Scheda Anamnestica in **Allegato 2**.
- In presenza di due professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto 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.
- 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 in 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 della vaccinazione mediante vaccino “COVID-19 Vaccine Moderna”.

Vigone li...../2021.....

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale

RIFIUTO

la somministrazione del vaccino “COVID-19 Vaccine Moderna”

Vigone li...../2021.....

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale

PROFESSIONISTI SANITARI DELL'EQUIPE VACCINALE

1. Nome e Cognome

.....Ruolo.....

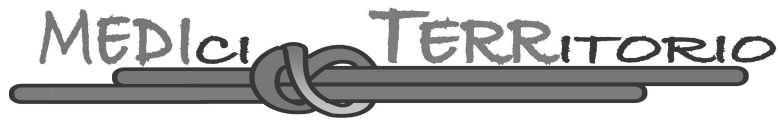
Confermo che il vaccinato ha espresso il suo consenso alla vaccinazione dopo essere stato adeguatamente informato

Firma

2. Nome e CognomeRuolo.....

Confermo che il vaccinato ha espresso il suo consenso alla vaccinazione dopo essere stato adeguatamente informato

Firma



MEDI - TERR
Gruppo di Medicina e di Pediatria di famiglia ASLTO3

ALLEGATO 2 (al modulo di consenso)

Vaccinazione anti-COVID-19 - SCHEDA ANAMNESTICA
da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme
ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

ANAMNESI

- Attualmente è malato? SI NO NON SO
 - Ha febbre? SI NO NON SO
 - Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o componenti del vaccino? se sì, specificare: SI NO NON SO

.....

 - 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 tre 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
-
-

- Specifica di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

.....

.....

.....

ANAMNESI COVID-CORRELATA

- 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 simil-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:

.....

.....

.....

.....

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione	LOT. N°	Data di scad.	Luogo di sommini- strazione	Data e ora di Sommini- strazione	Firma Sanitario
1a dose	Braccio destra					
	Braccio sinistra					
2° dose	Braccio destra					
	Braccio sinistra					