



## VACCINAZIONE ANTI COVID-19

### MODULO DI CONSENSO

Io sottoscritto NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria (se disponibile): \_\_\_\_\_

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *M-LG.DS.005-421, Nota Informativa Vaccinazione anti-COVID19*, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la *M-LG.DS.005-422, Scheda Anamnestica Vaccinazione anti-COVID19*.

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 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 della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo \_\_\_\_\_

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale \_\_\_\_\_



**ATTENZIONE! LA COMPILAZIONE DI QUESTA PAGINA E' A CURA DI CHI SOMMINISTRA IL VACCINO**

### Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

1. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

### Dettagli operativi della vaccinazione

Dose	Sito di iniezione		LOT N°	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora di somministrazione	Firma Sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
1° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					
2° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					