


Consenso alla vaccinazione Covid-19

Nome e Cognome _____
 Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____
 Residenza _____ Telefono _____
 Tessera sanitaria (se disponibile): n. _____

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:

- "**Covid-19 Vaccine Astra Zeneca**" "**Comirnaty Pfizer-BioNTech COVID-19**"
 "**COVID-19 Moderna**"

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.

1° DOSE

effettuata a Ponte San Pietro, Mapello il ____/____/____

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

2° DOSE

effettuata a Ponte San Pietro, Mapello il ____/____/____

*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*

**Consenso alla vaccinazione Anti Covid-19****Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale****1° DOSE**

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 _____

2° DOSE

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.


Consenso alla vaccinazione anti Covid-19

Nome e Cognome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale: _____

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Vaccino	Lotto n°	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora di somministrazione	Firma Sanitario
1a DOSE	Braccio Destro <input type="checkbox"/>	Braccio Sinistro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "Covid 19 Vaccine Astra Zeneca" <input type="checkbox"/> "Comirnaty Pfizer-BioNTech COVID-19" <input type="checkbox"/> "COVID-19 Moderna"	_____	_____	Punto Vaccinale: <input type="checkbox"/> area Università Policlinico San Pietro <input type="checkbox"/> centro commerciale di Mapello	____/____/____ ____:____	
2° DOSE	Braccio Destro <input type="checkbox"/>	Braccio Sinistro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "Covid 19 Vaccine Astra Zeneca" <input type="checkbox"/> "Comirnaty Pfizer-BioNTech COVID-19" <input type="checkbox"/> "COVID-19 Moderna"	_____	_____	Punto Vaccinale: <input type="checkbox"/> area Università Policlinico San Pietro <input type="checkbox"/> centro commerciale di Mapello	____/____/____ ____:____	