

- 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 del ciclo vaccinale, alla dose addizionale oppure alla dose di richiamo (booster).
- Ho compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino (ad es. vaccino antinfluenzale) come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02.10.2021.
- 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'attesa per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per consentire agli operatori sanitari di assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENSO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino	RIFIUTO la somministrazione del vaccino
_____	_____
Luogo e data:	Luogo e data:
Firma del vaccinando/del rappresentante legale:	Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:
Firma del vaccinando/del rappresentante legale:	Firma del vaccinando /del genitore/del rappresentante legale:

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale <sup>2</sup>	
Cognome e Nome (Medico):	Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):
Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
Firma:	Firma:

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono ai sottoscritti tutti i diritti previsti dall'art.15 della medesima norma.

Documenti allegati:

- MODULO TRIAGE PREVACCINALE (Allegato B)
- MODULO DELEGA (Allegato C)
- MODULO MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO (Allegato D)
- MODULO DICHIARAZIONE GENITORE (Allegato E)
- altro: \_\_\_\_\_

Segue riepilogo "Dettagli operativi della vaccinazione", da compilarsi a cura del professionista sanitario dell'equipe vaccinale.

<sup>2</sup> 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 del vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.

ANAMNESI PRE-VACCINALE			
(da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale)			
Cognome e Nome	SI	NO	NON SO
Data e luogo di nascita			
Telefono			
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?			
Se sì, specificare: _____			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Se sì, specificare: _____			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
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 (radioterapia)?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni?			
Se sì, specificare: _____			
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Per le donne: sta allattando?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Se sì, specificare: _____			
Altre patologie da cui è affetto: _____			
Terapia farmacologica che sta assumendo: _____			

