

Allegato 2 al modulo di consenso. SCHEDA ANAMNESTICA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

1° Anamnesi	SI	No	Non so
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergia al latte, cibo, farmaci, o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: al:			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
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? (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV, trapianto?)			
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) farmaci antitumorali, ha subito trattamenti radioattivi?			
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 convulsione o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Quali?			
Per le donne: è incinta, o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo, ed in particolare gli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, vitamine, Sali minerali. _____

2° Anamnesi	SI	No	Non so
Nell'ultimo mese è stato a contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi: Tosse, raffreddore, febbre, dispnea o sintomi simil-influenzali?			
Mal di gola, perdita dell'olfatto o del gusto?			
Dolori addominali, diarrea,			
Lividi anomali, sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19			
a- Nessun test COVID-19 recente			
b- Test COVID-19 Negativo data:			
c- Test COVID-19 Positivo data:			
d- In attesa di Test COVID-19 data:			
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute: _____ _____ _____			

Nome e Cognome del vaccinando

Nato/a _____ il ____ / ____ / 20__

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale

Padre (Nome e Cognome): _____ nato il ____ / ____ / ____
a _____

Madre (Nome e Cognome): _____ nato il ____ / ____ / ____
a _____

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato il ____ / ____ / ____
a _____

____ sottoscritt / _____ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di aver ricevuto tramite

- materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla modalità di effettuazione della/e vaccinazione/i e la via di somministrazione del/i vaccino/i;
- sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché delle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali effetti collaterali della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i quindici minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;
di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE** la seguente vaccinazione proposta:

	Accetto	firma
VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER)		

Firma del genitore/del legale rappresentante

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione, accettata dal vaccinando, Per la vaccinazione proposta, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, a vaccino utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie. Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

Centro Vaccinale di _____ Data ____/____/____