

## III DOSE



**l'Italia rinasce  
con un fiore  
vaccinazione  
anti-Covid 19**

Vaccinato Anti Covid-19 in data ..... / ..... / .....

Luogo **CASA DELLA SALUTE SCILLA**

Codice Fiscale .....

Cognome Nome .....	
Data di nascita ..... / ..... / .....	
Data 2 <sup>a</sup> Dose ..... / ..... / .....	Lotto <input type="text"/>
Data 3 <sup>a</sup> Dose ..... / ..... / .....	Lotto <input type="text"/>
Tel. ....	

- Pfizer-BioNTech Covid-19  
 COVID-19 Vaccine Moderna

..... / ..... / .....
-----------------------

## Anamnesi

Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme al *Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione*.

- 1 Attualmente è malato?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 2 Ha febbre?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  
Se sì, specificare: \_\_\_\_\_  SÌ  NO  NON SO
- 
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?  
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 7 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?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,  
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?  
Se sì, quale/i? \_\_\_\_\_  SÌ  NO  NON SO

*Per le donne:*

- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel prossimo mese?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 12 Sta allattando?  SÌ  NO  NON SO

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---

---

Agg.to al 27/09/2021

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")

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:  
" \_\_\_\_\_ "

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 alla dose di richiamo (dose "booster").

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.

Agg.to al 27/09/2021

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "\_\_\_\_\_".

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

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

\_\_\_\_\_

*Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale*

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 non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.***