

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - MODULO DI CONSENSO PER MINORI

IO SOTTOSCRITTO/A _____ nato/a il _____

Residente/domiciliato a _____

Tel _____ mail _____

MADRE PADRE TUTORE DEL MINORE:

COGNOME E NOME DEL MINORE _____ nato

il _____ di età (anni compiuti) _____

Residente/domiciliato a _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

SCHEDA ANAMNESTICA DEL MINORE

Da compilare a cura del genitore/tutore e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione

ANAMNESI	SI	NO
Attualmente il minore è malato?		
Ha la febbre?		
Soffre di allergie a lattice, 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 tre mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: 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 nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?		
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?		
ANAMNESI COVID19 - CORRELATA		

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 (positiva a SarsCov2) o affetta da COVID-19?		
Manifesta uno dei seguenti sintomi:		
<input type="checkbox"/> tosse/raffreddore/dispnea/ sintomi simil-influenzali?		
<input type="checkbox"/> mal di gola, perdita dell'olfatto o del gusto?		
<input type="checkbox"/> dolore addominale/diarrea?		
<input type="checkbox"/> lividi anomali o sanguinamento/arrossamento agli occhi?		
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?		
Ha effettuato un test COVID-19? <input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 <input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo in Data <input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo in Data <input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 effettuato in Data.....		
Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo, ed in particolare quelli anticoagulanti:		
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:		
PER CHI ESEGUE LA SECONDA DOSE		
Ha avuto qualche reazione dopo la prima dose di vaccino anti COVID -19 ? Se sì, specificare.....		

- Ho letto o 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 anticovid che è stato offerto al minore.
- Ho riferito al Personale Sanitario 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 allo stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici e 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 Medico Curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto che il minore rimanga in sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

DICHIARO

- Di avere acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna**
- oppure**
- Di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente.**

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino antiCovid-19

“ _____ ”
(specificare nome del vaccino)

Data e Luogo

Firma del Genitore o del Tutore del Minore
(o suo Rappresentante Legale)

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico) _____

Confermo che il Genitore/rappresentante legale del Vaccinando ha riferito la anamnesi ed ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato

Firma del sanitario _____

Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) _____

Ruolo _____

Confermo che il Genitore/rappresentante legale del Vaccinando ha riferito la anamnesi ed ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato

Firma del Sanitario _____

DELEGA PER MINORI DI 18 ANNI NON ACCOMPAGNATI DAI GENITORI

IO SOTTOSCRITTO/A _____ nato/a il _____

Residente/domiciliato a _____

Tel _____ mail _____

MADRE PADRE TUTORE DEL MINORE:

COGNOME E NOME DEL MINORE _____ nato

il _____ di età (anni compiuti) _____

Residente/domiciliato a _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

DELEGO

Il/La Sig/ra _____ nato/a il _____

Residente/domiciliato a _____

Tel _____ mail _____

Documento di identità numero _____

Rilasciato da _____ in data _____

ad accompagnare il minore alla vaccinazione antiCOVID 19

alla consegna del consenso informato e delle scheda anamnestica dal sottoscritto compilata e firmata.

Data e Luogo

Firma del Genitore o del Tutore del Minore
(o suo Rappresentante Legale)

NB: si allega copia del documento di riconoscimento del genitore/tutore delegante

Il delegato dovrà esibire il documento di riconoscimento all'atto della vaccinazione