VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - MODULO CONSENSO

Nome e Cognome:…….	
Data di nascita:……..…….	Luogo di nascita:……...
Residenza:……..……...	Telefono:……..
N° tessera sanitaria (se disponibile):……..……..	

- 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 mi è stato offerto.
- 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 di rimanere in sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

□ Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino anti COVID 19.

Data e Luogo

Firma della persona che riceve il vaccino
o del suo Rappresentante Legale

_____ _____

□ Rifiuto la somministrazione del vaccino anti COVID 19.

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.
Firrma_____

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.