

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - SCHEDA ANAMNESTICA - 2° dose o DOSE DI RICHIAMO (dose booster 3°- 4° dose)

Da compilare da chi richiede il vaccino e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione

| | |
|------------------------|------------------------|
| Cognome e Nome : | |
| Data di nascita:..... | Luogo di nascita:..... |
| Telefono:..... | |

| ANAMNESI | SI | NO |
|---|----|----|
| Attualmente è malato? | | |
| Ha la febbre? Ha tosse-raffreddore-mal di gola-perdita olfatto o gusto? | | |
| 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? Se sì, specificare:..... | | |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? Se sì, specificare:..... | | |
| 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)? Se sì, specificare:..... | | |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? | | |
| Per le donne: è incinta? | | |
| Per le donne: sta allattando? | | |
| ANAMNESI COVID19 - CORRELATA | | |
| Ha effettuato un test COVID-19? () Nessun test COVID-19 () In attesa di test COVID-19 effettuato in Data..... () Test COVID-19 negativo in Data () Test COVID-19 positivo in Data | | |
| PER CHI ESEGUE LA 2° o 3° DOSE | | |
| Ha avuto qualche reazione dopo la 1° dose di vaccino anti COVID -19 ? Ha avuto qualche reazione dopo la 2° dose di vaccino anti COVID -19 ? Se sì, specificare..... | | |

Data

Firma del vaccinando

Firma del sanitario che raccoglie la anamnesi

.....

.....

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - MODULO di CONSENSO DOSE DI RICHIAMO “BOOSTER” (3° dose)

| | |
|------------------------|------------------------|
| Cognome e Nome : | |
| Data di nascita:..... | Luogo di nascita:..... |
| Telefono:..... | |

- 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 alla dose di richiamo (dose “booster”).
- 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.

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.

