



## **VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - SCHEDA ANAMNESTICA**

Da compilare da chi richiede il vaccino

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 D	ata		
() Test COVID-19 <u>negativo</u> in Data() Test COVID-19 <u>positivo</u> in Data				
PER CHI ESEGUE UNA DOSE SUCCESSIVA ALLA PRIMA				
Ha avuto qualche reazione dopo le precedenti dosi 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**

ſ				
	Cognome e Nome :			
	Data di nascita:	Luogo di nascita:		
	Telefono:			
-				
	<ul> <li>Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino a</li> <li>Ho riferito al Personale Sanitario le patologie attu-</li> <li>Ho avuto la possibilità di porre domande in mer esaurienti e da me comprese.</li> <li>Sono stato correttamente informato con parole vaccinazione, le modalità e le alternative terapeut una rinuncia alla dose di vaccino.</li> <li>Sono consapevole che qualora si verificasse quals immediatamente il Medico Curante e seguirne le</li> </ul>	ali e/o pregresse e le terapie in corso di esecuzione. rito al vaccino e allo stato di salute ottenendo risposte e a me chiare, ho compreso i benefici e rischi della tiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di siasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare indicazioni.		
	Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino anti COVID 19.			
		Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale		
	Rifiuto la somministrazione del vaccino anti COVID 19 Data e Luogo Fi o del suo Rappresentante Legale	9. rma della persona che rifiuta il vaccino		
Pr	rofessionisti 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			
	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			

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.