

# VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO

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 riferito di essere stato sottoposto alla somministrazione della prima dose di vaccino ASTRAZENECA (Vaxzevria);

Ho compreso che sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute dell'11 giugno 2021 e della determina AIFA prot. N. 699 del 14 giugno 2021, che inserisce la vaccinazione COVID-19 eterologa negli elenchi di cui alla legge 648/96, il vaccino anti COVID 19 raccomandato per gli utenti di età inferiore ai 60 anni compiuti è Comirnaty (Pfizer- BioNTech) o Moderna (a mRNA virale), anche per chi ha già ricevuto la prima dose di ASTRAZENECA (Vaxzevria);

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 al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò 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 a 17 giugno 2021

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della seconda dose del vaccino  
“ \_\_\_\_\_ ”.

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

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale  
\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione della seconda dose 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 della seconda dose con \_\_\_\_\_, 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 della seconda dose con \_\_\_\_\_, 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.***