

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID19 ED ANTINFLUENZALE  
DELLA POPOLAZIONE GENERALE  
MODULO DI CONSENSO**

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza ..... .....	Telefono ..... .....
Tessera sanitaria N. .....	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota e ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dei vaccini

- “Comirnaty Omicron XBB 1.5 (Pfizer)”  
 “Anti-influenzale”

Ho riferito al farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito ai vaccini 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 delle vaccinazioni, le modalità e le alternative terapeutiche.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà 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 dei vaccini per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione dei vaccini  
 “Comirnaty Omicron XBB 1.5 (Pfizer)”  
 “Anti-influenzale”

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

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

1. Nome e Cognome Responsabile della Seduta vaccinale (Medico/Farmacista) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome Somministratore (Medico/Farmacista o altro Professionista Sanitario)  
 \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

*La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.*

## ELENCO QUESITI

Ha già ricevuto in passato la somministrazione di analoghe tipologie di vaccino?	SI	NO	NON SO
Se sì, quali:			
<input type="checkbox"/> vaccino a mRNA <input type="checkbox"/> “Anti-influenzale”			

### Modulo standard di *trriage* prevaccinale

Attualmente è malato?	SI	NO	NON SO
Ha febbre?	SI	NO	NON SO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci, ad altre sostanze o ai componenti dei vaccini?	SI	NO	NON SO
Se sì, specificare ..... .....			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SI	NO	NON SO
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione?	SI	NO	NON SO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SI	NO	NON SO
Negli ultimi sei mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	SI	NO	NON SO
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	SI	NO	NON SO
Ha avuto disturbi neurologici, epilessia o convulsioni?	SI	NO	NON SO
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	SI	NO	NON SO
Se sì, quale/i? .....			
Per le donne: è in gravidanza o sta pensando di avviare una gravidanza nel mese successivo alla somministrazione?	SI	NO	NON SO
Per le donne: sta allattando?	SI	NO	NON SO
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	SI	NO	NON SO

### Modulo standard di Anamnesi COVID-19 - Correlata

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	SI	NO	NON SO
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	SI	NO	NON SO
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	SI	NO	NON SO
Dolore addominale/diarrea?	SI	NO	NON SO
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	SI	NO	NON SO
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	SI	NO	NON SO
<b>Test COVID-19 (barrare con una X ed eventualmente riportare la data)</b>			
Nessun test COVID-19 recente			Data: .....
Test COVID-19 negativo			Data: .....
Test COVID-19 positivo			Data: .....
In attesa di test COVID-19			Data: .....

Firma (*per esteso leggibile*) .....

Data.....

Le Note Informative relative ai vaccini somministrati, costantemente aggiornate dal Ministero della Salute – AIFA, sono disponibili presso la Farmacia in cui si effettua la vaccinazione