

**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 JN.1 (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 JN.1 (Pfizer)”
 “Anti-influenzale”

Data e Luogo <input style="width: 200px;" type="text"/>
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale <input style="width: 300px;" type="text"/>

1. Nome e Cognome Responsabile della Seduta vaccinale (Medico/Farmacista)	
<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	
Firma <input style="width: 150px;" type="text"/>	Data <input style="width: 100px;" type="text"/>

2. Nome e Cognome Somministratore (Medico/Farmacista o altro Professionista Sanitario)	
<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	
Firma <input style="width: 150px;" type="text"/>	Data <input style="width: 100px;" type="text"/>

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 <i>trriage</i> prevaccinale			
Attualmente è malato?	SI	NO	NON SO
Ha febbre?	SI	NO	NON SO
Soffre di allergie al latte, 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			
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

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