

**PFIZER-BIONTECH COVID-19**     **MODERNA COVID-19**     **VAXZEVRIA COVID-19**     **JANSSEN**

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 sopra indicato.

Ho riferito al Medico 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 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 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 del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

**ACCONSENTO ED AUTORIZZO** la somministrazione della vaccinazione mediante il vaccino sopra indicato

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale \_\_\_\_\_

**RIFIUTO** la somministrazione del vaccino sopra indicato

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante legale \_\_\_\_\_

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:  
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>  
o scansionando il Qr Code a margine.



Firma \_\_\_\_\_

### PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e cognome \_\_\_\_\_

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**

## SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e cognome	Telefono		
<b>ANAMNESI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta allattando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: \_\_\_\_\_

<b>ANAMNESI COVID CORRELATA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b>			
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEST COVID-19:</b>			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (data _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 positivo (data _____)			
• In attesa di test COVID-19 (data _____)			

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando o rappresentante legale \_\_\_\_\_