

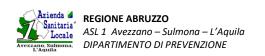
VACCINAZIONE ANTI-COVID 19

A cura dell'utente vaccinando

	Nome e Cognome		il:				
'esidente'							
esidente: Città, Via/Piazza e n. civico							
Telefono:e-mail:							
DI	ICHIARO						
Di aver letto e compreso la Nota informativa redatta dalla		A, che	mi è	stata	a ancl	ne i	llustrata i
lingua nota, del vaccino PFIZER (Comirnaty) - MOI Di aver riferito al Professionista sanitario le patologie attual		o di esec	uzior	ne;			
Di aver avuto la possibilità di porre domande al profession	nista sanitario in merito al vaccino	ed al n	nio st	ato	di sal	lute	ottenend
risposte esaurienti e da me comprese;		1 . 1 11					1 11.1
Di essere stato correttamente informato con parole a me chi le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un evo dosi successive, se previste;							
Di essere consapevole che qualora si verificasse qualsiasi o	effetto collaterale sarà mia respons	sahilità i	nforn	are	imm	edia	atamente
mio Medico curante e seguirne le indicazioni;	oriotto contatorare sara ima respons	ouomiu i	1110111	iuic		can	attainien te
Di accettare di rimanere nella sala d'aspetto per almen	no 15 minuti dalla somministrazio	one del	vacc	ino	per 1	la v	alutazion
dell'insorgenza di eventuali reazioni avverse immediate;							
 Di acconsentire e di autorizzare la somministrazione della v PFIZER (Comirnaty) - MODERNA (Spikevax); 	vaccinazione mediante vaccino:						
Di aver effettuato in precedenza una dose di vaccino anti-co	ovid19 SI 🗆 NO 🗀 Tipologia						
data I dose / / data II dose / / Pr							
La veridicità della sotto riportata scheda anamnestica;	regressa infezione 110 🗀 51 🗀 dat	a rampo	перс	3111		_′	
Di acconsentire al trattamento dei miei dati personali ai sen	si del D.Lgs. 196/2003 e del GDPF	R (Regol	amen	to U	JE 20	16/0	679);
•	-						
	VACCINAZIONE ANTI-COVI	D19	СТ		110		NONG
1 Attualmente è malato? 2 Ha febbre?			SI	Щ	NO		NON SO
			SI	片	NO	牌	NON SO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o a con Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vac			SI		NO NO		NON SO
5 Soffre di malattie cardiache, polmonari, renali o del sangue			SI SI	H	NO	片	NON SO
6 Ha malattie del sistema immunitario (es.: cancro, leucemia,			SI	H	NO	H	NON SO
Negli ultimi 3 mesi ha assunto cortisone o antitumorali o ha		ᅢ片	SI	旨	NO	H	NON SO
8 Recentemente ha ricevuto una trasfusione di sangue oppure			SI	Ħ	NO	H	NON SO
9 Ha avuto convulsioni, malattie cerebrali o al sistema nervos			SI	冒	NO		NON SO
0 Ha avuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?			SI		NO		NON S
1 Sta assumendo anticoagulanti?			SI		NO		NON SO
12 È incinta o sta pensando di rimanere incinta?			SI		NO		NON S
3 Sta allattando?			SI		NO		NON S
4 Ha sintomi sospetti COVID? (tosse, raffreddore, mal di gola, perdi	ita olfatto, dolori addominali, diarrea)		SI		NO		NON SO
15 È attualmente sottoposto a quarantena per contatto o rientro	o dall'estero?		SI		NO		NON S
			SI		NO		NON S
16 Ha mai avuto un tampone positivo per SARS-Cov 2? Se SI quando?							
Se SI quando?							
Se SI quando?							
Se SI quando?							
Se SI quando?							
Se SI quando? NOTE (specificare patologie)							
Se SI quando? NOTE (specificare patologie) ANAMNE	SI FARMACOLOGICA	nativi as	sunti				
NOTE (specificare patologie)	SI FARMACOLOGICA	nativi as	sunti				
Se SI quando? NOTE (specificare patologie) ANAMNE	SI FARMACOLOGICA	nativi as:	sunti				
Se SI quando? NOTE (specificare patologie) ANAMNE	SI FARMACOLOGICA	nativi as	sunti				
Se SI quando? NOTE (specificare patologie) ANAMNE	SI FARMACOLOGICA	nativi as	sunti				

VACCINAZIONE ANTI-COVID 19

A cura del personale ASL



VALUTAZIONE DI IDONEITA' alla vaccinazione

Nome e cognome:				
data di nascita:	luogo di nascita:			
CATE	EGORIA A RISCHIO		CONDIZIONI SANIT	TARIE A RISCHIO
Età		Ne	ssuna condizione	
Altro (inserire da e	elenco)	Alt	tro (inserire da elenco)
NOTE				
☐ IDONEO ALLA VA Tipo di vaccino	dichiarate nella acclusa scheda anamne	□ II DOSE	□ III DOSE	getto è: Addizionale □ Booster □
informato.	JANDO ha espresso <u>, in seguito al colle</u> o del MEDICO	_		po essere stato adeguatamente
Luogo e data				
stato adeguatamente infor	ANDO ha espresso <u>, prima della somm</u> mato. o dell' INFERMIERE			alla vaccinazione, dopo essere
Luogo e data				

DETTAGLI OPERATIVI DELLA VACCINAZIONE

DOSE		VACCINO		N. LOTTO E SCADENZA	SITO INOCULO			
I DOSE	II DOSE	ADDIZIONALE	PFIZER	MODERNA 0,5 ml 100 mcg		DELTOIDE DESTRO	DELTOIDE SINISTRO	Altro
		BOOSTER		MODERNA 0,55 ml 50 mcg	/			