

Nome e Cognome del vaccinando: _____

data di nascita: ___ / ___ / ___ Luogo di nascita: _____

residenza: _____ Codice Fiscale: _____

I/il/la sottoscritti/o/a consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità,

Genitore 1

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ e-mail _____

Genitore 2

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ e-mail _____

Rappresentante Legale (Tutore o altro)

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ email _____

DICHIARA/DICHIARANO

- Di aver letto e compreso la Nota informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco AIFA, che è stata anche illustrata in lingua nota, del vaccino **PFIZER** (Comirnaty) - **MODERNA** (Spikevax);
- Di aver riferito al Professionista sanitario le patologie attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- Di aver avuto la possibilità di porre domande al professionista sanitario in merito al vaccino ed al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese;
- Di essere stato/i correttamente informato/i con parole a me/noi chiare.
- Di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di rinuncia al completamento della vaccinazione con le dosi successive, se previste;
- Di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del/dei genitore/i e della potestà genitoriale informare immediatamente il mio Medico curante del vaccinando e seguirne le indicazioni;
- Di accettare di rimanere con il vaccinando in sala d'aspetto per almeno 15 minuti dopo la somministrazione del vaccino per la valutazione dell'insorgenza di eventuali reazioni avverse immediate;
- Di acconsentire e di autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino:
 PFIZER (Comirnaty) - **MODERNA** (Spikevax);
- Di aver avuto in precedenza una dose di vaccino **anti-covid19** **SI** **NO** Tipologia _____
data **I dose** ___ / ___ / ___ data **II dose** ___ / ___ / ___ Pregressa infezione **NO** **SI** data Tampone positivo ___ / ___ / ___;
- La veridicità della sotto riportata scheda anamnestica;
- Che il vaccinando ha espresso parere favorevole alla vaccinazione;
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679);
- Di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale;
Indicare eventuali provvedimenti del Tribunale dei Minori relativamente alla responsabilità genitoriale.
Provvedimento del tribunale dei minori di _____ n. _____ del ___ / ___ / _____
- Di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega in modello sotto riportato, corredata da copia di documento di identità;

Luogo e data _____

Firma del genitore 1/soggetto titolare della
responsabilità genitoriale

Firma del genitore 1/soggetto titolare della
responsabilità genitoriale

Firma del vaccinando o del suo rappresentante legale

SCHEDA ANAMNESTICA VACCINAZIONE ANTI-COVID19

1	Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
2	Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
3	Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o a componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
5	Soffre di malattie cardiache, polmonari, renali o del sangue, di asma o diabete?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
6	Ha malattie del sistema immunitario (es.: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS)?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
7	Negli ultimi 3 mesi ha assunto cortisone o antitumorali o ha effettuato radioterapia?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
8	Recentemente ha ricevuto una trasfusione di sangue oppure immunoglobuline?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
9	Ha avuto convulsioni, malattie cerebrali o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
10	Ha avuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
11	Sta assumendo anticoagulanti?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
12	È incinta o sta pensando di rimanere incinta?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
13	Sta allattando?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
14	Ha sintomi sospetti COVID? (tosse, raffreddore, mal di gola, perdita olfatto, dolori addominali, diarrea)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
15	È attualmente sottoposto a quarantena per contatto o rientro dall'estero?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
16	Ha mai avuto un tampone positivo per SARS-Cov 2?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO
	<i>Se SI quando?</i>						

NOTE (specificare patologie) _____

ANAMNESI FARMACOLOGICA

Specificare di seguito i farmaci, gli integratori, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi assunti

DELEGA PER LA VACCINAZIONE ANTICOID

A cura del genitore che non può presenziare alla seduta vaccinale e che delega l'altro genitore

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, io sottoscritto/a:

Nome e Cognome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

Rilasciato da _____ il ___/___/___, impossibilitato/a ad essere presente alla vaccinazione di mio figlio/a esprimo il consenso alla somministrazione del vaccino anti COVID sopra indicato ed al trattamento dei dati personali:

DELEGO

Nome e Cognome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

Rilasciato da _____ il ___/___/___, a rappresentarmi presso il centro vaccinale per la vaccinazione di nostro figlio/a:

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

In allegato fotocopia del documento del delegante

Luogo e data _____

Firma _____

VALUTAZIONE DI IDONEITA' alla vaccinazione

Nome e cognome: _____

data di nascita: ____ / ____ / ____ luogo di nascita: _____

CATEGORIA A RISCHIO	
	Età
	Altro (inserire da elenco)

CONDIZIONI SANITARIE A RISCHIO	
	Nessuna condizione
	Altro (inserire da elenco)

NOTE _____

In base alle informazioni dichiarate nella acclusa scheda anamnestica ed al colloquio si valuta che il soggetto è:

- IDONEO ALLA VACCINAZIONE**
 I DOSE
 II DOSE
 III DOSE
 Addizionale
Booster

Tipo di vaccino _____

NON IDONEO _____

Confermo che il VACCINANDO ha espresso, in seguito al colloquio, il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Nome e cognome o timbro del **MEDICO** _____ Firma _____

Luogo e data _____

Confermo che il VACCINANDO ha espresso, prima della somministrazione da me effettuata, il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Nome e cognome o timbro dell'**INFERMIERE** _____ Firma _____

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				_____