

Modulo di Consenso

Nome e cognome _____

Residenza _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

QR CODE

- ✓ 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) di cui ricevo una copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero ed ho riesaminato con il Medico la Scheda Anamnestica.
- ✓ Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- ✓ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione 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 vaccino **"Pfizer-BioNTech COVID19"** **ACCONSENTO ED AUTORIZZO** la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"Covid-19 Vaccine Moderna"** **ACCONSENTO ED AUTORIZZO** la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"Vaxzevria Astra Zeneca"**

Data e luogo _____

Firma utente _____

(firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale)

 RIFIUTO la somministrazione del vaccino.

Data e luogo _____

Firma utente _____

(firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante legale)

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinaleNome e cognome _____ **Ruolo : Medico**

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

Firma _____

Nome e cognome _____ **Ruolo: _____**

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

Firma _____