

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - MODULO CONSENSO

Nome e Cognome:.....	
Data di nascita:.....	Luogo di nascita:.....
Residenza:.....	Telefono:.....
N° tessera sanitaria (se disponibile):.....	

- Ho letto o 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 anticovid che mi è stato offerto.
- Ho riferito al Personale Sanitario 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 allo stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici e 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 Medico Curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere in 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 del vaccino anti COVID 19

Data e Luogo

Firma della persona che riceve il vaccino
 o del suo Rappresentante Legale

- Rifiuto la somministrazione del vaccino anti COVID 19

Data e Luogo

Firma della persona che rifiuta il vaccino
 o del suo Rappresentante Legale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) _____

Confermo che il Genitore/rappresentante legale del Vaccinando ha riferito la anamnesi ed ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato

Firma del Sanitario _____