

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

Agg.to al 27/09/2021

MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO – “BOOSTER”)

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

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 dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: _____
Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre delle 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 alla dose di richiamo (dose “booster”).

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò 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.

Accosento ed autorizzo la somministrazione del vaccino _____ del

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

Rifiuto la somministrazione del vaccino _____

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

1. Nome e Cognome (Medico)
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

2. Nome e Cognome (Medico o altro professionista sanitario)

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 indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto dove operi un singolo medico, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa

Lotto

Destra

Sinistra

Data

Firma operatore