



VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO

DOSE ADDIZIONALE - DOSE BOOSTER

DOSE:

COGNOME NOME _____ **SESSO** _____
DATA DI NASCITA ____/____/____ **ETA' (anni compiuti)** _____ **CODICE FISCALE** _____
RESIDENZA/DOMICILIO _____ **CITTA'** _____ (____)
TEL (CELLULARE) _____ **MAIL** _____

SCHEDA ANAMNESTICA (da compilare da parte del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari addetti alla vaccinazione)		
Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha febbre?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si specificare:</i> _____		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si specificare:</i> _____		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì quali:</i> _____		
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare nello spazio "terapia")	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No



Per le <u>donne</u> : sta allattando?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Patologie da cui è affetto/a: _____ _____		
Terapia Farmacologica che sta assumendo: _____ _____		

ANAMNESI COVID19-CORRELATA			
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 o affetta da Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
E' attualmente sottoposto al regime di quarantena fiduciaria?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha effettuato un test Covid-19? <input type="checkbox"/> Nessun test Covid <input type="checkbox"/> Test Covid19 NEGATIVO: Data..... <input type="checkbox"/> Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo): <input type="checkbox"/> In attesa esito test Covid19 effettuato in data			
Per coloro che effettuano la 3° dose di vaccino anti-Covid 19:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha avuto reazioni dopo la 1° o 2° dose?			
<i>Se sì, quali?</i>			
<i>Se sì, sono state segnalate ?</i>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	

CONSENSO INFORMATO
<ul style="list-style-type: none"> • 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) del vaccino: O Pfizer-Biontech Comirnaty OPPURE O Spikevax (ex Moderna) • Ho riferito al Medico 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 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 addizionale oppure alla dose di richiamo (dose "booster"). • 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 e autorizzo la somministrazione del vaccino**
- Rifiuto la somministrazione del vaccino**

FIRMA DI CHI RICEVE LA VACCINAZIONE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile) _____

PROFESSIONISTI SANITARI DELL'EQUIPE VACCINALE

Nome e Cognome _____

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

FIRMA DI CHI RACCOGLIE L'ANAMNESI E IL CONSENSO _____

A CURA DELL'OPERATORE:

CATEGORIA VACCINALE: _____		IDONEO VACCINO?	Osservazione Post Vaccino
TIPO VACCINO DOSE ADDIZIONALE <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna)	DOSE BOOSTER <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 15 minuti <input type="checkbox"/> 30 minuti <input type="checkbox"/> 60 minuti

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX
----------------	-----------------------------	-----------------------------

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE ____ / ____ / ____

SEDE VACCINALE: _____

FIRMA DEL VACCINATORE (leggibile) _____