



VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO

DOSE ADDIZIONALE E DOSE BOOSTER (1° o 2° 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 sì specificare:</i> _____ | | |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| <i>Se sì 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?

 Nessun test Covid

 Test Covid19 NEGATIVO: Data.....

 Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo):

 In attesa esito test Covid19 effettuato in data

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha avuto l'infezione dopo la somministrazione della 1°dose di richiamo-booster? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Per coloro che effettuano la 3° o 4° dose di vaccino anti-Covid 19: sono trascorsi almeno 120 giorni dalla precedente somministrazione? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha avuto reazioni dopo la 1°- 2° - 3° dose? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

Se sì, quali?

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Se sì, sono state segnalate ? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

CONSENSO INFORMATO

- 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: Pfizer-Biontech Comirnaty OPPURE 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 (prima o seconda 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 PostVaccino |
|---|--|--|--|--|
| TIPO di VACCINO | | | | |
| DOSE ADDIZIONALE <input type="radio"/> Comirnaty Pfizer-Biontech <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna) | 1° DOSE BOOSTER <input type="radio"/> COMIRNATY PFIZER-BIONTECH <input type="radio"/> SPIKEVAX (EX MODERNA) | 2° DOSE BOOSTER <input type="radio"/> COMIRNATY PFIZER-BIONTECH <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)