

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO

1 E 2 SECONDA DOSE

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?	☐ Sì	☐ No
Ha febbre?	☐ Sì	☐ No
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	☐ Sì	☐ No
Se sì specificare: _____		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	☐ Sì	☐ No
Se sì specificare: _____		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	☐ Sì	☐ No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	☐ Sì	☐ 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)?	☐ Sì	☐ No
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	☐ Sì	☐ No
Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?	☐ Sì	☐ No
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni ?	☐ Sì	☐ No
Se sì quali: _____		
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare nello spazio "terapia")	☐ Sì	☐ No
Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	☐ Sì	☐ No
Per le <u>donne</u> : sta allattando?	☐ Sì	☐ 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?

☐ Sì☐ No☐ Non so

E' attualmente sottoposto al regime di quarantena fiduciaria?

☐ Sì☐ No

Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?

☐ Sì☐ No

Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?

☐ Sì☐ No

Manifesta dolore addominale/diarrea?

☐ Sì☐ No

Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

☐ Sì☐ No

Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?

☐ Sì☐ 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

Per coloro che effettuano la 2° dose di vaccino anti-Covid 19:
☐ Sì☐ No

Ha avuto reazioni dopo la 1° dose?

Se sì, quali?

Se sì, sono state segnalate ?

☐ Sì☐ 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: “ _____ ”.
- 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 vaccinazione.
- 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 VACCINO 1° DOSE ○ Pfizer-Biontech Comirnaty ○ Spikevax (ex Moderna) ○ Vaxzevria (AstraZeneca) ○ Janssen ○ Nuvaxovid (Novavax)	2° DOSE ○ Pfizer-Biontech Comirnaty ○ Spikevax (ex Moderna) ○ Vaxzevria (AstraZeneca) ○ Nuvaxovid (Novavax)	SI NO	☐ 15 minuti ☐ 30 minuti ☐ 60 minuti

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO	☐ SX	☐ DX
DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE ____/____/____ SEDE VACCINALE : _____		
FIRMA DEL VACCINATORE (leggibile) _____		