

**VACCINAZIONE ANTICOID-19****MODULO DI CONSENSO**

<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Data di Nascita</b>	<b>Luogo di Nascita</b>
<b>Residenza</b>	<b>Telefono</b>
<b>N. Tessera Sanitaria (se disponibile)</b>	

Ho letto, mi è stata illustrata in 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 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 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 ed autorizzo** la somministrazione del vaccino “\_\_\_\_\_”

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

Data e Luogo \_\_\_\_\_

**Rifiuto** la somministrazione del vaccino “\_\_\_\_\_”

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

Data e Luogo \_\_\_\_\_

---

**Spazio riservato ai Professionisti Sanitari dell’equipe vaccinale**

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) \_\_\_\_\_  
 Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione dopo essere stato adeguatamente informato.  
 Firma \_\_\_\_\_

**La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.**

## Dettagli operativi della Vaccinazione

	<b>Sito di Iniezione</b>	<b>Lotto N.</b>	<b>Data di Scadenza</b>	<b>Luogo di Somministrazione</b>	<b>Data e Ora di Somministrazione</b>	<b>Firma Sanitario</b>
<b>1° Dose</b>	Braccio Destro					
	Braccio Sinistro					
<b>2° Dose</b>	Braccio Destro					
	Braccio Sinistro					