

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 (6 mesi – 4 anni) MODULO DI CONSENSO MINORE

Nome e cognome del vaccinando:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile): N.	

Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale:

Nato/a a _____ il _____
 Residente a _____

Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale:

Nato/a a _____ il _____
 Residente a _____

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 allo stato di salute del minore 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 del ciclo vaccinale.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere con il minore 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 COMIRNATY:

Data e Luogo _____

Firma del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale

Rifiuto la somministrazione del vaccino COMIRNATY:

Data e Luogo _____

Firma del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome (Medico)
 Confermo che i genitori/tutore/altro hanno espresso il consenso alla vaccinazione dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma

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

.....

Ruolo

Confermo che i genitori/tutore/altro hanno espresso il consenso alla vaccinazione dopo essere stati adeguatamente informati.

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

	Sito di iniezione		LOTTO N°	Data di Scadenza	Luogo di somm.ne	Data e ora di somm.ne	Firma Sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
1° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					
2° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					
3° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					

VACCINAZIONE ANTI COVID-19 – SCHEDA ANAMNESTICA MINORE

Da compilare a cura dei genitori/tutori/altri con responsabilità genitoriale e da riesaminare insieme ai Professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

<u>Nome e Cognome:</u>		<u>Telefono:</u>		
Anamnesi	SI	NO	NON SO	
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: _____				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?				
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?				
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

Anamnesi COVID - correlata	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?			
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
• Dolore addominale/diarrea?			
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19:			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (Data: _____)			
• Test COVID-19 positivo (Data: _____)			
• In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute
