

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 / CEPLJENJE PROTI COVIDU-19

MODULO DI CONSENSO (BOOSTER) / OBRAZEC ZA SOGLASJE (POŽIVITVENI  
ODMEREK – BOOSTER)

Nome e Cognome:	Ime in priimek:
Data di nascita:	Datum rojstva:
Luogo di nascita:	Kraj rojstva:
Residenza:	Stalno bivališče:
Telefono:	Telefon:
Tessera sanitaria (se disponibile):	Kartica zdravstvenega zavarovanja (če jo imate):
N.	ŠT.

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: “ _____ ”	Prebral_ sem, pojasnjeno mi je bilo v jeziku, ki ga razumem, in v celoti sem razumel_a informativni list o cepivu, ki ga je pripravila Italijanska agencija za zdravila (AIFA) za cepivo: » _____ «
Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.	Zdravnika sem seznanil_a s trenutnimi in/ali prebolelimi boleznimi in zdravljenjem, ki ga prejemam.
Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.	Imel_a sem možnost zastaviti vprašanja glede cepiva in svojega zdravstvenega stanja ter prejel_a izčrpne in meni razumljive odgovore.
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.	Bil_a sem ustrezno obveščen_a z meni jasnimi besedami. Razumel_a sem koristi in tveganja cepljenja, načine in druge možnosti zdravljenja, kakor tudi posledice morebitne zavrnitve.
Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.	Seznanjen_a sem, da moram v primeru, če bi prišlo do kakršnega koli neželenega učinka, nemudoma obvestiti svojega osebne zdravnika in upoštevati njegova navodila.
Accetto di rimanere nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.	Soglašam, da moram po cepljenju ostati v čakalnici vsaj 15 minut na opazovanju, če bi prišlo do morebitnih takojšnjih neželenih učinkov.

<b>Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “ _____ ”.</b>	<b>Soglašam in dovoljujem cepljenje s cepivom » _____ «.</b>
Data e Luogo	Datum in kraj
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Podpis osebe, ki prejme cepivo, ali njenega zakonitega zastopnika
Rifiuto la somministrazione del vaccino “ _____ ”.	Zavračam cepljenje s cepivom » _____ «.
Data e Luogo	Datum in kraj
Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale	Podpis osebe, ki zavrača cepivo, ali njenega zakonitega zastopnika

Aggiornato al 08/09/2022	Različica z dne 08.09.2022
Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale	Zdravstveni delavci cepilne ekipe
1.Nome e Cognome (Medico)	1. Ime in priimek (zdravnik)
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Potrjujem, da je oseba, ki bo cepljena, po prejemu ustreznih informacij podala soglasje za cepljenje.
Firma	Podpis

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)	2. Ime in priimek (zdravnik ali drug zdravstveni delavec)
Ruolo	Zadolžitev
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Potrjujem, da je oseba, ki bo cepljena, po prejemu ustreznih informacij podala soglasje za cepljenje.
Firma	Podpis

**La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**

***Navzočnost dodatnega zdravstvenega delavca ni nujna, če se cepljenje opravi v ambulanti ali drugem okolju, v katerem deluje en sam zdravnik, oziroma na domu osebe, ki bo cepljena, ali v primeru logistično-organizacijskih težav.***

<b>Destra/desna</b>
---------------------

<b>Sinistra/leva</b>
----------------------

<b>Lotto/serija št.</b>
-------------------------

<b>Data / Datum</b>
---------------------

<b>Firma operatore/podpis zdravstvenega delavca</b>
---

ALLEGATO 2 AL MODULO DI CONSENSO

**PRILOGA 2 K OBRAZCU ZA SOGLASJE**

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 / **CEPLJENJE PROTI COVIDU-19**

SCHEDA ANAMNESTICA / **ANAMNESTIČNI PODATKI**

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione / **Izpolni oseba, predvidena za cepljenje, in pregleda skupaj z zdravstvenimi delavci, ki izvajajo cepljenje.**

Nome e Cognome / <b>Ime in priimek:</b>
Telefono / <b>Telefon:</b>

<b>Anamnesi</b>	<b>Anamneza</b>	<b>SI / DA</b>	<b>NO/ NE</b>	<b>NON SO / NE VEM</b>
Attualmente è malato?	Ste trenutno bolni?			
Ha febbre?	Imate povišano telesno temperaturo?			
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:	Ste alergični na lateks, na kakšno hrano, zdravila ali na sestavine cepiva? Če je odgovor da, natančno navedite:			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	Ste imeli v preteklosti po prejemu cepiva že kdaj resno reakcijo?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	Imate bolezni srca ali pljuč, astmo, bolezni ledvic, sladkorno bolezen, slabokrvnost ali druge bolezni krvi?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	Imate oslabljen imunski sistem? (Na primer: rak, levkemija, limfom, HIV/AIDS, presaditev)?			
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?	Ste v zadnjih 3 mesecih jemali zdravila, ki slabijo imunski sistem (na primer: kortizon, prednizon ali drugi steroidi) ali protitumorska zdravila oziroma ste potrebovali zdravljenje z obsevanjem?			

Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	Ste v minulem letu prejeli transfuzijo krvi ali krvnih pripravkov, oziroma ste prejeli imunoglobuline (gama) ali protivirusna zdravila?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	Ste imeli napade krčev ali kakšne težave v možganih ali z živčnim sistemom?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?	Ste bili v zadnjih 4 tednih cepljeni? Če je odgovor da, s katerim/-i cepivom/-i?			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	Za ženske: - ste noseči ali menite, da bi lahko zanosili v mesecu po prejemu prvega ali drugega odmerka cepiva?			
- sta allattando?	- ali dojite?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	Ali jemljete zdravila proti strjevanju krvi?			
<p>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 / <b>Navedite zdravila, še zlasti zdravila proti strjevanju krvi, kakor tudi naravna prehranska dopolnila, vitamine, minerale ali morebitna alternativna zdravila, ki jih jemljete:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
<b>Anamnesi COVID-correlata</b>	<b>Anamneza v povezavi s COVIDOM</b>	<b>SI /DA</b>	<b>NO / NE</b>	<b>NON SO / NE VEM</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	Ste bili v zadnjem mesecu v stiku z osebo, okuženo s Sars-CoV2 ali obolelo za COVIDOM-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:	Ali imate enega od naslednjih simptomov:			
· Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	· kašelj/prehlad/povišana telesna temperatura/težko dihanje ali simptomi, podobni gripi?			
· Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	· boleče grlo/izguba voha ali okusa?			
· Dolore addominale/diarrea?	· bolečine v trebuhu/driska?			
· Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	· neobičajne modrice ali krvavitve/pordelost oči?			

<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ste v zadnjem mesecu potovali v tujino?</li> </ul>			
<p>Test COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Nessun test COVID-19 recente</li> <li>· Test COVID-19 negativo (Data: _____)</li> <li>· Test COVID-19 positivo (Data: _____)</li> <li>· In attesa di test COVID-19 (Data: _____)</li> </ul>	<p>Testiranje na COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pred kratkim nisem opravil/a nobenega testa na COVID-19</li> <li>· Negativen test na COVID-19 (datum: _____)</li> <li>· Pozitiven test na COVID-19 (datum: _____)</li> <li>· Čakam test na COVID-19 (datum: _____)</li> </ul>			
<p>Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute / <b>Navedite morebitne druge bolezni ali koristne podatke o svojem zdravstvenem stanju</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

DATA E LUOGO / **DATUM IN KRAJ**.....

FIRMA INTERESSATO/LEGALE RAPP /

**PODPIS IZJAVITELJA\_ICE/ZAKONITEGA\_E ZASTOPNIKA\_CE**.....