

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ КОВІД19

MODULO DI CONSENSO per minori

ФОРМА ЗГОДИ для неповнолітніх

Nome e Cognome del vaccinando/a :	
Ім'я та Прізвище вакцинованого:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Дата народження:	Місце народження:
Telefono:	Residenza:
Телефон:	Місце проживання:

Io sottoscritto/a (я, що нижче підписалася),.....

nato/a a (місце народження) il (дата народження)

residente a (проживаю в) indirizzo (за адресою)

in qualità di **madre** []
як мати

rappresentante legale []
як законний представник

Io sottoscritto/a (я що нижче підписався),

nato/a a (що народився)..... il (дата народження)

residente a (проживаю) indirizzo (за адресою).....

in qualità di **padre** []
як батько

rappresentante legale []
як законний представник

- 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:
Я прочитав, мені було пояснено зрозумілою мовою, і я повністю зрозумів Інформаційну записку, складену Італійським агентством з лікарських засобів (AIFA) щодо вакцини:
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
Я повідомив лікаря про поточні та/або попередні патології та лікування під час вакцинації.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
Я мав можливість задати питання про вакцину та стан здоров'я вакцинованого, отримавши вичерпні та зрозумілі відповіді.
- 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.
Мене правильно повідомили зрозумілими для мене словами. Я зрозумів переваги та ризики вакцинації, методи та альтернативи лікування, а також наслідки будь-якої відмови або відмови від завершення вакцинації другою дозою, якщо така є.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
Я усвідомлюю, що у разі виникнення будь-яких побічних ефектів я маю обов'язок негайно повідомити лікаря та виконувати його вказівки.
- Accetto di far rimanere il vaccinato nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del

vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate.

Я погоджуюся, щоб вакцинований залишався в залі очікування принаймні 15 хвилин після введення вакцини, щоб спостерігати, чи не виникне негайних побічних реакцій.

Accenso ed autorizzo la somministrazione del vaccino “.....” (погоджуюся і дозволяю введення вакцини) а

DATA E LUOGO

Дата і місце

Firme dei genitori o Rappresentante legale

Підписи батьків або законних представників

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:

у випадку відсутності одного з батьків:

potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente

можна надати довіреність щодо згоди на щеплення від відсутнього з батьків

il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente
è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione
присутній з батьків заявляє та підтверджує згоду другого з батьків, який відсутній, на проведення вакцинації.

firma.....

підпис

Rifiuto la somministrazione del vaccino “... ”

Відмовляюся від вакцинування

Data e Luogo.....

Дата і місце

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

Підпис особи, що відмовилась від вакцинування або її законного представника

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)

Ruolo

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

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.

Присутність другого медичного працівника не є обов'язковою у випадку вакцинації в клініці чи іншому випадку, коли працює один лікар, вдома у особи, яка вакцинується, або в стані матеріально-технічної критичності.