

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria (se disponibile) n. \_\_\_\_\_

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 Comirnaty di Pfizer-BioNTech.

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 della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale \_\_\_\_\_

**RIFIUTO** la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante legale \_\_\_\_\_

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:  
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>  
o scansionando il Qr Code a margine.



Firma \_\_\_\_\_

**PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE**

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e cognome \_\_\_\_\_

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**

**SCHEDA ANAMNESTICA**

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e cognome	Telefono		
<b>ANAMNESI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, 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 SI, quale/i? _____			
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Sta allattando?			

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>ANAMNESI COVID CORRELATA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
<b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b>			
• 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?			
<b>TEST COVID-19:</b>			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (data _____)			
• Test COVID-19 positivo (data _____)			
• In attesa di test COVID-19 (data _____)			

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando o rappresentante legale \_\_\_\_\_