

## MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

### ФОРМА ЗГОДИ НА ВАКЦИНАЦІЮ

**PFIZER-BIONTECH COVID-19**  **MODERNA COVID-19**  **NUVAXOVID COVID-19**

Nome e cognome (Ім'я та прізвище) \_\_\_\_\_

Data di nascita (дата народження) \_\_\_\_\_ luogo di nascita (місце народження) \_\_\_\_\_

Residenza (місце проживання) \_\_\_\_\_

telefono (телефон) \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria (se disponibile) n. (Медична картка, за наявності, № \_\_\_\_\_

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 sopra indicato.

Я прочитав, мені було пояснено зрозумілою мені мовою, і я повністю зрозумів Інформаційну записку, підготовлену Італійським агентством з лікарських засобів (AIFA) щодо вищевказаної вакцини.

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Я повідомив лікаря про наявні та/або попередні патології та лікування, що проводиться.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

У мене була можливість задати питання про вакцину та стан свого здоров'я, отримати 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 mio 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 rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

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

**ACCONSENTO ED AUTORIZZO** la somministrazione della vaccinazione mediante il vaccino sopra indicato

Я ПОГОДЖУЮСЯ ТА ДОЗВОЛЯЮ проведення вакцинації з використанням зазначеної вище вакцини

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

Дата і місце

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

Підпис особи, яка отримує вакцину, або її законного представника

**RIFIUTO** la somministrazione del vaccino sopra indicato

ВІДМОВЛЯЮСЬ від введення вакцини, що зазначена вище

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

Дата і місце

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

Підпис особи, що відмовляється від вакцинації, або її законного представника

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.

Інформацію про обробку персональних даних відповідно до статей 13 і 14 регламенту ЄС 2016/679 можна знайти за посиланням:  
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-impresa> або шляхом сканування QR-код на полі.



Firma (підпис) \_\_\_\_\_

#### 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***

*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.*