

MODULO DI CONSENSO (IV DOSE  
ADDIZIONALE)  
ANTI-SARS CoV-2/COVID-19

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

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

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

Tessere sanitaria (se disponibile) \_\_\_\_\_

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: “ \_\_\_\_\_ ”

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 alla dose di richiamo aggiuntiva (IV dose “booster”).

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò 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 del vaccino “ \_\_\_\_\_ ”

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

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino “ \_\_\_\_\_ ”

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

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

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.**

**SCHEDA ANAMNESTICA QUARTA  
VACCINAZIONE  
ANTI-SARS CoV-2/COVID-19**

**PFIZER-BIONTECH COVID-19**

**MODERNA COVID-19**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ data seconda dose \_\_\_\_\_

Rispetto alla rilevazione anamnestica effettuata in occasione della terza somministrazione si sono verificate variazioni (stato di gravidanza, allattamento, esito dei test per infezione da SARS-Cov-2, nuove terapie, etc...)  SI  NO

(se SI precisare le variazioni): \_\_\_\_\_

Dopo la somministrazione della terza dose di vaccino ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, etc..).  SI  NO Se SI,

tipo di reazione: \_\_\_\_\_

tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: \_\_\_\_\_

**IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE**

Precedenti reazioni avverse a vaccini:  SI  NO Se SI,

nome di vaccino che ha dato reazione: \_\_\_\_\_

tipo di reazione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota:  SI  NO Se SI,

tipo di reazione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Precedenti reazioni avverse a farmaci:  SI  NO Se SI,

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

• nome del farmaco \_\_\_\_\_ tipo di reazione \_\_\_\_\_

È affetto da mastocitosi sistemica:  SI  NO

È affetto da asma bronchiale “non controllato” ovvero che nonostante la terapia di fondo richiede l’uso frequente (> 2-3 volte/settimana) di salbutamolospay:  SI  NO

E’ affetto da patologie od assume terapie che compromettono la normale risposta immunitaria:  SI  NO

Data e luogo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma operatore sanitario/vaccinando: \_\_\_\_\_

**CONCLUSIONI A CURA DELL’OPERATORE SANITARIO CHE RACCOGLIE L’ANAMNESI:**

Vaccinabile senza precauzioni  Vaccinabile in ambiente ospedaliero con 30 min. di osservazione

Firma dell’operatore sanitario: \_\_\_\_\_

N.B. in caso di reazione locale anche estesa dopo la dose “booster” somministrata, vaccinare prolungando il tempo di attesa a 30 minuti senza ulteriori precauzioni (documento SIAAIC/AIITO, 2021); in caso di sospetta reazione generalizzata allergica inviare in ambiente protetto allergologico.

La presente scheda anamnestica propedeutica alla somministrazione di dose aggiuntiva vaccinale Covid-19. 19 a beneficio di ospiti di strutture sociosanitarie può essere compilata dall’operatore sanitario a contatto con il paziente nei giorni successivi alla somministrazione di prima dose