

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

抗 COVID-19 疫苗接种

MODULO DI CONSENSO per minori

未成年人同意书

Nome e Cognome del vaccinando/a : 接种疫苗者的名和姓	
Data di nascita: 出生日期	Luogo di nascita: 出生地点
Telefono: 电话	Residenza: 住所

lo sottoscritto/a.....

我签名人, 名..... 姓.....

nato/a a..... il

出生地点..... 出生日期.....

residente a indirizzo

居所..... 地址.....

in qualità di madre []

rappresentante legale []

作为 母亲 []

法定代表人 []

lo sottoscritto/a.....

我签名人, 名..... 姓.....

nato/a a..... il

出生地点..... 出生日期.....

residente a indirizzo

居所..... 地址.....

in qualità di padre []

rappresentante legale []

作为 父亲 []

法定代表人 []

- 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: “.....”
- 我已阅读并以已知语言向我说明, 我完全理解意大利药品管理局 (AIFA) 制定的上述疫苗 “.....”的信息说明。

- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
- 我向医生报告了当前和/或以前的病理以及正在进行治疗。

- 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.
- 我有机会询问有关疫苗和我的健康状况的问题，获得全面和理解的答案。

- 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.
- 我已被清楚地正确告知，并且我了解疫苗接种的好处和风险、方式和治疗选择，以及任何拒绝或放弃完成第二剂疫苗接种的后果（如果有）。

- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
- 我知道如果发生任何副作用，我有责任立即通知我的医生并遵循他/她的指示。

- Accetto di far rimanere il vaccinato nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- 我同意在接种疫苗后至少在候诊室停留 15 分钟，以确保不会立即发生不良反应。

Accosento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “.....” a

我同意并授权使用上述疫苗接种疫苗“.....”给“.....”

DATA E LUOGO

日期与地点

Firme dei genitori o Rappresentante legale

父母或者法定代表人得签名.....

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

如果父母之一不在，您也可以：

- potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente
- 表明您有代理人接受缺席父母的疫苗接种
- il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente
è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione
- 在场的父母声明并签名： 缺席的父母.....
无法参加，但同意接种疫苗。

firma.....

签名.....

Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”

我不同意使用上述疫苗接种疫苗“.....”给“.....”

Data e Luogo.....

日期与地点

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

不同意接受疫苗人的签名或其法定代表的签名

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

进行疫苗接种的医疗保健专业人员

1. Nome e Cognome (Medico).....

1. 名于姓 (医生).....

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

本人确认接种者已在充分告知后同意接种疫苗。

Firma

签名

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

名于姓 (医生或者其他的医疗人员).....

Ruolo

任务

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

本人确认接种者已在充分告知后同意接种疫苗。

Firma

签名

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.

在诊所或其他单一医生操作的环境中，在个人家中或处于后勤组织紧急状态的情况下，第二卫生专业人员的存在不是必不可少的。