

SCHEDA ANAMNESTICA

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

Nome e cognome	Telefono		
ANAMNESI	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta allattando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: _____

ANAMNESI COVID CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST COVID-19:			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (data _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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 genitore 1/tutore legale _____

Firma genitore 2 _____

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE
PER MINORI**

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ indirizzo _____

in qualità di madre [] padre [] tutore legale []

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ indirizzo _____

in qualità di madre [] padre [] tutore legale []

NB in caso di presenza di un solo genitore/tutore legale è necessario acquisire delega firmata con copia di documento di identità dell'altro genitore o attestazione di monogenitorialità

Dichiaro che nel corso dell'avvenuto colloquio con _____
(nome e cognome del sanitario)

in relazione al vaccino antiCovid-19 con prodotto _____
(indicare il tipo di vaccino)

al quale in data odierna si sottopone mio/a figlio/a _____

nato/a a _____ il _____ 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

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 il vaccino sopra indicato a mio figlio/a

Data e luogo _____

genitore 1/tutore legale _____ (Firma leggibile) genitore 2 _____ (Firma leggibile)

RIFIUTO la somministrazione del vaccino sopra indicato

Data e luogo _____

genitore 1/tutore legale _____ (Firma leggibile) genitore 2 _____ (Firma leggibile)

PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

1. Nome e cognome _____ Ruolo _____

Confermo che i genitori – tutore legale del vaccinando hanno espresso il loro consenso alla vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati
Firma _____

2. Nome e cognome _____ Ruolo _____

Confermo che i genitori – tutore legale del vaccinando hanno espresso il loro consenso alla vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati
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