



Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

AnamnesiDa compilare a cura del **Vaccinando** e da riesaminare insieme ai **Professionisti Sanitari** addetti alla vaccinazione.

- 1 Attualmente è malato? SI NO NON SO
- 2 Ha febbre? SI NO NON SO
- 3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ SI NO NON SO
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? SI NO NON SO
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? SI NO NON SO
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? SI NO NON SO
- 7 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? SI NO NON SO
- 8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? SI NO NON SO
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? SI NO NON SO
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ SI NO NON SO
- Per le donne:*
- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? SI NO NON SO
- 12 Sta allattando? SI NO NON SO

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:



Anamnesi COVID-correlata

- 1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? SI NO NON SO
-
- 2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
 - Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
 - Dolore addominale/diarrea?
 - Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?
-
- 3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? SI NO NON SO
-
- 4 Test COVID-19:
- Nessun test COVID-19 recente
 - Test COVID-19 **negativo** in data: ___ / ___ / ___
 - Test COVID-19 **positivo** in data: ___ / ___ / ___
 - In attesa di test COVID-19 in data: ___ / ___ / ___

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____



Modulo di Consenso

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Indirizzo residenza _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

- 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) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia.
- Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto 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"**
- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine Moderna"**
- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine AstraZeneca"**
- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine Janssen"**

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo _____

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome _____ Ruolo _____

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

Firma _____





Vaccinazione Anti-Covid 19
Somministrazione Vaccino



Somministrazione

Applica qui l'etichetta adesiva

VACCINANDO	Nome e Cognome															
DOSE	Prima dose <input type="checkbox"/>	Seconda dose <input type="checkbox"/>														
SITO DI INOCULAZIONE	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>01 - deltoide sinistro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>02 - Deltoide destro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>03 - Quadricipite della coscia sinistra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>04 - Quadricipite della coscia destra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>05 - Gluteo sinistro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>06 - Gluteo destro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>07 - Altro</td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	01 - deltoide sinistro	<input type="checkbox"/>	02 - Deltoide destro	<input type="checkbox"/>	03 - Quadricipite della coscia sinistra	<input type="checkbox"/>	04 - Quadricipite della coscia destra	<input type="checkbox"/>	05 - Gluteo sinistro	<input type="checkbox"/>	06 - Gluteo destro	<input type="checkbox"/>	07 - Altro
<input type="checkbox"/>	01 - deltoide sinistro															
<input type="checkbox"/>	02 - Deltoide destro															
<input type="checkbox"/>	03 - Quadricipite della coscia sinistra															
<input type="checkbox"/>	04 - Quadricipite della coscia destra															
<input type="checkbox"/>	05 - Gluteo sinistro															
<input type="checkbox"/>	06 - Gluteo destro															
<input type="checkbox"/>	07 - Altro															
LOTTO N°																
DATA SCADENZA LOTTO																
DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE																
SANITARIO	Nome e Cognome (*) Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Firma														
OPERATORE SANITARIO A SUPPORTO	Nome e Cognome	Firma														