

# VACCINAZIONE ANTI-COVID19 *MODULO DI CONSENSO*

IO sottoscritto

Cognome

Nome

Luogo di nascita\*

prov.

Data di nascita / /

N. tessera sanitaria (se disponibile)

## INDIRIZZO RESIDENZA

Città

prov.

Indirizzo

## RECAPITI

Tel.

mail

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:

**COMIRNATY BioNTech/Pfizer**

**COVID-19 Moderna**

**COVID-19 Astra Zeneca**

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 vaccino:**

**COMIRNATY BioNTech/Pfizer**

**COVID-19 Moderna**

**COVID-19 Astra Zeneca**

Data

/ /

Luogo

Firma \*

*\*Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale*

**Rifiuto la somministrazione del vaccino:**

**"Pfizer-BioNTech COVID-19"**

**"COVID-19 Vaccine Moderna"**

**"COVID-19 Astra Zeneca"**

Data

/ /

Luogo

Firma \*

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

## **Professionisti Sanitari dell'équipe vaccinale**

### **MEDICO**

1. Cognome

Nome

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

Firma \*

### **MEDICO O ALTRO PROFESSIONISTA SANITARIO**

2. Cognome

Nome

Ruolo

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

Firma \*

***La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico - organizzativa.***