

# VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO

|                                                 |                   |
|-------------------------------------------------|-------------------|
| Nome e Cognome:                                 |                   |
| Data di nascita:                                | Luogo di nascita: |
| Residenza:                                      | Telefono:         |
| Tessera sanitaria (se disponibile):<br>N. _____ |                   |

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa in Allegato 1, di cui ricevo copia. Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in Allegato 2.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti 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.

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 e autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Covid-19 Vaccine Moderna".

Luogo e Data \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

1. Nome e Cognome, Ruolo

\_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome, Ruolo

\_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

| DETTAGLI OPERATIVI DELLA VACCINAZIONE |                   |                     |             |                     |                               |             |                        |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------------------------|-------------|------------------------|
| Sito di iniezione                     |                   |                     | Lotto<br>n° | data di<br>scadenza | Luogo<br>della<br>somministr. | data<br>ora | Firma del<br>Sanitario |
| 1 <sup>a</sup><br>dose                | braccio<br>destro | braccio<br>sinistro |             |                     |                               |             |                        |
| 2 <sup>a</sup><br>dose                | braccio<br>destro | braccio<br>sinistro |             |                     |                               |             |                        |