

SCHEDA VACCINAZIONE ANTI COVID-19

DOSE _____ - Vaccino: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: ___ / ___ / _____

Via di residenza: _____, num. _____

Città: _____ - Cellulare: _____

Codice Fiscale



Scheda anamnestica vaccinazione anti-covid-19

Anamnesi	Si	No	Non so
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? (se SI, specificare: _____)			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)			
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?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati farmaci antivirali o immunoglobuline?			

Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? (se SI, specificare: _____ _____)			
Per le donne: - È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- Sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo:

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute:

MODULO DI CONSENSO Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa di cui ho letto copia. Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica che ho letto in copia. 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. Sono stato informato che il personale sanitario rimarrà presso il mio domicilio per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate. Per quanto sopra, **acconsento ed autorizzo** la somministrazione della vaccinazione.

ACCETTO la somministrazione

RIFIUTO la somministrazione:

Somministrazione: data ___ / ___ / _____ **- vaccino:** _____

num. lotto: _____ **- braccio:** _____

Medico/Infermiere Vacciatore: _____