

ORA: \_\_\_\_\_

LOTTO: \_\_\_\_\_

BRACCIO: SX DX

**MODULO DI CONSENSO MINORI**

5-11 AA

5-11

**DATI VACCINANDO**

Nome e Cognome:	Codice Fiscale:
Data di Nascita:	Luogo di nascita:

**DATI GENITORI E/O RAPPRESENTANTE LEGALE**

1	Nome e Cognome:	Data di nascita:
2	Nome e Cognome:	Data di nascita:

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_ identificata a mezzo \_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA**

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 (1/3 del dosaggio)**

- 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 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 in osservazione per circa 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- Di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale** o di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna.

- **Accenso e autorizzo** la somministrazione del vaccino

Firma del genitore o del Rappresentante legale \_\_\_\_\_

- **Rifiuto** la somministrazione del vaccino

Firma del genitore o del Rappresentante legale \_\_\_\_\_

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?				
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?				
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?				
Ha eseguito recentemente TNF per la ricerca del virus Sars-Cov2?				
Se si specificare: Test COVID-19 <b>negativo</b> (Data: _____) Test COVID-19 <b>positivo</b> (Data: _____) In attesa di test COVID-19 (Data: _____)				

ANAMNESI		SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: _____				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)				
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
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 immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____				

### Professioni Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (medico) \_\_\_\_\_

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

- IDONEO       NON IDONEO       NON IDONEO TEMPORANEAMENTE (fino al \_\_\_\_\_)

NOTE: \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_