

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.