



CHECKLIST ANAMNESTICA SECONDA DOSE VACCINO anti-COVID19 **MINORI**

Nome e Cognome _____ nato il _____

Domanda	Risposta	Azione
1. Ha avuto reazioni avverse alla prima dose del vaccino? Di che tipo?	SI NO _____ _____	Per reazioni allergiche, reazioni particolarmente intense o diverse da quelle descritte, il medico che le oggettiva inoltra segnalazione sul sito www.vigifarmaco.it oppure mediante scheda cartacea (stampabile da intranet) al dr. Sarteschi
2. Sono state segnalate all'AIFA dal vaccinato, da chi ne esercita la potestà genitoriale o dal medico/pediatra curante?	SI NO	Per reazioni di minore intensità, la segnalazione può essere inoltrata dallo stesso vaccinato su www.vigifarmaco.it
3. Soffre di allergie al latte, cibi, farmaci non contenenti componenti del vaccino (quali PEG, polisorbato, macrogol in particolare), altro?	SI NO	Se sì, tempo di osservazione 30 minuti dopo vaccinazione. NOTA BENE allergia nota o sospetta a farmaci o vaccini contenenti componenti del vaccino in questione, è controindicazione già alla I dose. Tuttavia, se già praticata I dose in soggetto con sospetta/nota allergia a componenti del vaccino vedi punto 5
4. Ha mai avuto reazioni anafilattiche?	SI NO	Se anafilassi a sostanze diverse dal vaccino in questione o dai suoi componenti, invio all'ambulatorio vaccinale dedicato agli allergici (vedi percorso ad hoc)
5. Ha avuto reazione grave, allergica o non, alla prima dose del vaccino in questione?	SI NO	Se sì, utili accertamenti presso Centro di riferimento con esperienza sulle reazioni alle vaccinazioni o visita allergologica per le forme allergiche. Se reazione allergica NON grave alla prima dose, inviare in consulenza allergologica.
6. Ha sintomi di malattia acuta (es. febbre) in questo momento?	SI NO	Se sì, posticipare la seconda dose e chiarirne la causa (medico/pediatra curante)
7. Ha asma grave e persistente in questo momento?	SI NO	Per chi soffre di asma bronchiale persistente grave la vaccinazione va eseguita in ambiente ospedaliero. Se asma non controllata la somministrazione va rinviata finché non sia controllata.
8. Ha sintomi suggestivi di Covid-19, in questo momento?	SI NO	Se sì, isolamento immediato, contattare medico/pediatra curante. Se tampone positivo, non effettuare seconda dose; se tampone negativo, riprogrammare seconda dopo la risoluzione dei sintomi
9. Ha contratto il Covid-19 dopo la prima dose?	SI NO	Se sì, NON eseguire la seconda dose in attesa di ulteriori disposizioni
10. Soffre o ha scoperto dopo la I dose malattia che necessita di cautele particolari	SI NO _____ _____	Es. mastocitosi che richiede premedicazione e vaccinazione in ambiente ospedaliero
11. Ha mai avuto un tampone positivo per SARS-CoV2?	SI NO	Se sì, far riferimento alle indicazioni del Ministero della Salute/AIFA per i casi di pregresso Covid19.

Tempo di osservazione II dose.....minuti

Timbro e firma del medico

Data



Dati identificativi dei genitori o di altri soggetti titolari della potestà genitoriale

Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome Cognome)nato a.....il.....
Documento di identità tipon.o.....Rilasciato da Il..... Scade il
Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome Cognome)nato a.....il.....
Documento di identità tipon.o.....Rilasciato da Il..... Scade il

Il sottoscritto/la sottoscritta _____ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti 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/DICHIARANO** sotto la propria responsabilità:

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

Spazio riservato ad eventuali provvedimenti del Tribunale dei Minori relativamente alla potestà genitoriale Provvedimento del Tribunale dei Minori din..... data
--

di **CONFERMARE** il consenso già espresso in occasione della somministrazione della prima dose e di **AUTORIZZARE** la somministrazione della seconda dose di **VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____ Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____ Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

di **RIFIUTARE** la somministrazione della seconda dose di **VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____ Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____ Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

NB: LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico) _____ confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla somministrazione della seconda dose di vaccino COVID 19 "COMIRNATY" (Pfizer/BioNTech), dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

Nome e Cognome _____ Ruolo _____ confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla somministrazione della seconda dose di vaccino COVID 19 "COMIRNATY" (Pfizer/BioNTech), dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Dettagli operativi vaccinazione	Sito di iniezione		Lotto N.	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora somministrazione	Firma sanitario
	Bracci o DX	Braccio SX					
2° Dose							