

# VAXZEVRIA COVID-19 Vaccine AstraZeneca

VACCINAZIONE ANTI-COVID19  
MODULO DI CONSENSO

Nome Cognome .....	
Data di nascita .....	Luogo di nascita .....
Residenza .....	Telefono .....
Tessera sanitaria (se disponibile) N. ....	

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: COVID-19 Vaccine AstraZeneca "Vaxzevria"(Versione 04. del 29/07/2021- 0034307-29/07/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 3 (A03);

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 del vaccino COVID-19 Vaccine AstraZeneca "Vaxzevria".

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

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino COVID-19 Vaccine AstraZeneca "Vaxzevria".

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

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale  
\_\_\_\_\_

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome (Medico) \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)  
\_\_\_\_\_

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.**

Dettagli operativi della vaccinazione

Dettagli operativi vaccinazione	Sito di iniezione		Lotto N.	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora somministrazione	Firma sanitario
1° Dose	Braccio DX	Braccio SX					
2° Dose	Braccio DX	Braccio SX					

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
SCHEDE ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai  
Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e Cognome:		Telefono:		
<b>Anamnesi</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Ha già compiuto 18 anni?				
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, 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 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? .....				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? Se sì, 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, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---



---



---



---



---



---

<b>Anamnesi COVID - correlata</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
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?			
Test COVID-19: • Nessun test COVID-19 recente • Test COVID-19 negativo (Data: _____) • Test COVID-19 positivo (Data: _____) • In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

---



---



---

Data \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando (se autocompilazione da parte del vaccinando) \_\_\_\_\_

Tempo di osservazione \_\_\_\_\_ minuti

Firma e timbro del medico \_\_\_\_\_