

CHECKLIST ANAMNESTICA **DOSE ADDIZIONALE** VACCINO anti-COVID19

Nome e Cognome _____ Età _____

Tipo di vaccino I ciclo _____ Ultima somministrazione il _____

Domanda	Risposta	Azione
1. Ha avuto reazioni avverse alle precedenti dosi 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 o dal medico curante (anche medico competente per i dipendenti di aziende)?	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 (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 NON grave alla prima dose, valutare se fare seconda dose in presenza di anestesista o fare prima valutazione allergologica
6. Ha sintomi di malattia acuta (es. febbre) in questo momento?	SI NO	Se sì, posticipare la seconda dose e chiarirne la causa (MMG/medico competente)
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 curante (e medico competente per i dipendenti di aziende). 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, esegue o meno la seconda dose in accordo con la <u>Circ. Min. Sal. 0040711 del 09.09.2021</u> : se infezione da SARS CoV2 entro il 14° giorno dalla I dose indicata II dose entro mesi 6 dalla prima; se infezione da SARS CoV2 dopo il 14° giorno dalla I dose ciclo è completo con una sola dose
10. Verificare se il paziente soffre o ha scoperto dopo la I dose malattia che necessita di cautele particolari	SI NO _____	Es. mastocitosi che richiede premedicazione, verificare se praticata premedicazione
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.
12. Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	SI NO	Se sì valutare se sono state rispettate le misure restrittive previste (consultare http://www.asl5.liguria.it/SPOSTAMENTIINITALIAEDAPERESTERO.aspx9)

Tempo di osservazioneminuti

Timbro e firma del medico

Data

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: Comirnaty Pfizer Spikevax Moderna

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.

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 Comirnaty Pfizer Spikevax Moderna

Data e Luogo _____

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino Comirnaty Pfizer Spikevax Moderna

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) _____

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
	Braccio DX	BraccioSX					
DOSE ADDIZIONALE							