



Vaccinazione Anti-Covid 19

## Scheda Anamnestica



Anamnestico

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

### DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

### Anamnesi

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

- |    |  |                             |                             |                                 |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1  | Attualmente è malato?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 2  | Ha febbre?   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 3  | Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>Se sì, specificare: _____   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 4  | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 5  | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 6  | Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?<br>(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 7  | Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario<br>(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 8  | Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,<br>oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?                                      | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 9  | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 10 | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?<br>Se sì, quale/i? _____  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 11 | Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo<br>alla prima o alla seconda somministrazione?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 12 | Per le donne: sta allattando?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 13 | Sta assumendo farmaci anticoagulanti?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

\_\_\_\_\_



Vaccinazione Anti-Covid 19

## Scheda Anamnestica

### Anamnesi COVID-correlata

1. Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO

2. 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?

3. Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  SI  NO  NON SO

4. Test COVID-19:

- Nessun test COVID-19 recente
- Test COVID-19 negativo in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Test COVID-19 positivo in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- In attesa di test COVID-19 in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Firma utente \_\_\_\_\_  
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico \_\_\_\_\_



## Modulo di Consenso

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza \_\_\_\_\_

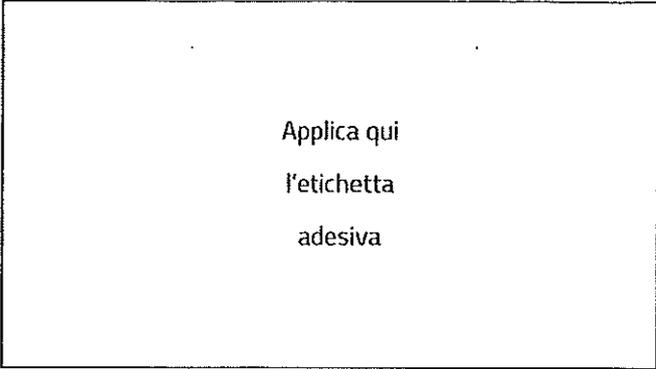
Telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_



- ✓ 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) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto 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.

- Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19"
- Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna"
- Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca"
- Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Janssen"

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo \_\_\_\_\_

**Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_



Agg.to al 27/09/2021

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")

Nome e 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:  
" \_\_\_\_\_ "

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 alla dose di richiamo (dose "booster").

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.

Agg.to al 27/09/2021

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino " \_\_\_\_\_ ".

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

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino " \_\_\_\_\_ ".

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 non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.***

