

B

Vaccinazione Anti-Covid 19

Autocertificazione

____ sottoscritt ____ (cognome e nome) _____

nat ____ a _____ prov. ____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frequenza comunità (es.asilo) | <input type="checkbox"/> Personale di Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Convivente di soggetto ad alto rischio | <input type="checkbox"/> Residenza in area a maggior rischio |
| <input type="checkbox"/> Detenuto | <input type="checkbox"/> Altra attività lavorativa a rischio |
| <input type="checkbox"/> Età > 60 | <input type="checkbox"/> Donatori di Sangue |
| <input type="checkbox"/> Forze di Polizia | <input type="checkbox"/> Operatore Scolastico |
| <input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco | <input type="checkbox"/> Staff strutture di Lungodegenza |
| <input type="checkbox"/> Donna in gravidanza | <input type="checkbox"/> Studente dell'Area Sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Operatore Sanitario | <input type="checkbox"/> Volontario del settore della Sanità |
| <input type="checkbox"/> Operatori non Sanitari | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Anziani Lungodegenza | <input type="checkbox"/> Soggetto vulnerabile per Patologia |
| <input type="checkbox"/> Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta | <input type="checkbox"/> Nessuna indicazione |

Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese _____
della tipologia _____ in data _____

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

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



Autocertificazione



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? SI NO NON SO
- 2 Ha febbre? SI NO NON SO
- 3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ SI NO NON SO
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? SI NO NON SO
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? SI NO NON SO
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? SI NO NON SO
- 7 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? SI NO NON SO
- 8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? SI NO NON SO
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? SI NO NON SO
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ SI NO NON SO

Per le donne:

- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? SI NO NON SO
- 12 Sta allattando? SI NO NON SO

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



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: (barrare la casella solo in caso di risposta affermativa)

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: ___ / ___ / ____

(nel caso di pregressa positività al CoVID-19 indicare la data ed allegare referto del primo tampone positivo)

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

1^a dose Vaccino _____ in data _____ Luogo _____

2^a dose Vaccino _____ in data _____ Luogo _____

3^a dose Vaccino ADDIZIONALE (almeno 28 gg dalla seconda)

BOOSTER (almeno 6 mesi dalla seconda)

x
→ **Firma utente** _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma Medico _____

D

Vaccinazione Anti-Covid 19

Modulo di Consenso alla dose N. _____

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Indirizzo residenza _____

Cellulare _____

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, di cui ricevo copia.
- Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- In presenza di due Professionisti Sanitari addetti 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.
- 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 **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**

→ Data ____ / ____ / ____

→ Firma utente _____

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

Luogo Farmacia Sciacca Rizzo**Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione**

Nome e Cognome _____ Ruolo _____

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

Firma _____



Consenso

