

## VACCINAZIONE ANTI COVID-19 ASTRAZENECA MODULO DI CONSENSO E SCHEDA ANAMNESTICA

*Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione*

<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Telefono</b>	

<b>ANAMNESI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
È già stato vaccinato contro COVID-19? Se sì, specificare:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- solo prima dose o due dosi: _____</li> <li>- con quale vaccino: _____</li> <li>- quando e dove: _____</li> </ul>			
Soffre o ha mai sofferto di allergie al lattice o a qualche cibo?			
Soffre di allergie a farmaci o ai componenti del vaccino (in particolare polisorbato 80)?			
Se sì, specificare a quali farmaci: _____			
Le è mai capitato di assumere nella sua vita almeno uno dei seguenti farmaci: Brufen in compresse o in granulato per soluzione orale, compresse di Amplital, Cardioaspirin, Ferrograd, Lansox, Lobivon, Lucen, Pantorc, Pasaden, Zolofit?			
Se sì, le hanno dato reazioni allergiche?			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Se sì, specificare quale vaccino _____			
Soffre di patologie cardiache, polmonari (asma, BPCO,...), renali, diabete?			
Se sì, specificare quale/i patologie: _____			
È affetto da patologie del sangue (anemia, ...) o della coagulazione?			
Se sì, specificare quale/i patologie _____			
Sta assumendo terapia anticoagulante o antiaggregante (es. Coumadin, Sintrom, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana, Arixtra, Eparina etc.)?			
Si trova attualmente in una condizione che riduce le sue difese immunitarie (ad es: tumore, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto?			
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto per periodi prolungati farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (cortisonici, prednisone od altri steroidi o farmaci antitumorali) oppure si è sottoposto a terapia radiante?			
Durante lo scorso anno e l'anno in corso, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma-globuline) o farmaci antivirali?			
Ha sofferto o soffre di crisi epilettiche, convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso (centrale o periferico)?			
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 30 giorni?			
Se sì, quale/i? _____			
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 gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: _____			

ANAMNESI COVID19 – CORRELATA	SI	NO
Presenta sintomatologia febbrile, o sintomatologia correlata a COVID-19 (tosse, raffreddore, dispnea, mal di gola, perdita di gusto/olfatto, dolore addominale, diarrea, etc.) o ha avuto un contatto stretto negli ultimi 14 giorni con un caso positivo accertato, rispetto alla data prevista di vaccinazione?		
Ha ricevuto diagnosi di COVID-19 nei 3 mesi precedenti?		
Se ha ricevuto diagnosi di COVID-19 nei 3 mesi precedenti, specifichi data del primo tampone positivo e dell'ultimo tempone negativo eseguito Data primo tampone positivo __ / __ / ____    Data ultimo tampone negativo __ / __ / ____		

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *nota informativa* redatta dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il vaccino selezionato, 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 e sono stato informato - qualora lo abbia ritenuto opportuno- 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 della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".

Rozzano, data \_\_\_\_\_

Firma della persona che riceve il vaccino \_\_\_\_\_  
o del suo rappresentante legale

RISERVATO AL PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

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

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

Ruolo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_