

VACCINAZIONE ANTI COVID-19 COMIRNATY (BioNTech/Pfizer) MODULO DI CONSENSO E SCHEDA ANAMNISTICA MINORENNI

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

Nome e Cognome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Telefono	

ANAMNESI		SI	NO
È già stato vaccinato contro COVID-19? Se sì, specificare:			
- solo prima dose o due dosi: _____			
- con quale vaccino: _____			
- quando e dove: _____			
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 glicole polietilenico (PEG) e polisorbati)?			
Se sì, specificare a quali farmaci: _____			
Le è mai capitato di assumere nella sua vita almeno uno dei seguenti farmaci: compresse di Augmentin, Buscopan, Ciproxin, Clavulin, Contramal, Ferrograd, Gaviscon, Lansox, Moment, MomentAct, Metforal, Riopan, Tavor, Toradol, Voltaren o bustine di Aulin o Movicol?			
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 difese immunitarie (ad es: tumore, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie...) o è stato soggetto/è previsto un trapianto?			
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto per periodi prolungati farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (cortisonici, prednisone, 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 correlata a COVID-19 (febbre, 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 tampone negativo eseguito Data primo tampone positivo __ / __ / ____ Data ultimo tampone negativo __ / __ / ____			

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale

Padre (Nome e Cognome): _____ nato il ___/___/___ a _____
 Madre (Nome e Cognome): _____ nato il ___/___/___ a _____
 Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato il ___/___/___ a _____

___/___ sottoscritt ___/___ _____ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di aver ricevuto tramite

- materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i **quindici minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;

- di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE** la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Rozzano, data _____

Firma del genitore/del legale rappresentante _____

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione, accettata dal vaccinando, Per la vaccinazione proposta, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, a vaccino utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario _____