

MODULO DI CONSENSO

VACCINAZIONE ANTI COVID-19 SPIKEVAX (Moderna)

4^a DOSE

Nome e Cognome		
Data di nascita		
Codice Fiscale		
Telefono		

- ✓ Confermo di aver già ricevuto la somministrazione di tre dosi di vaccino, di cui l'ultima da almeno 120 giorni.
 - ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *nota* 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) del vaccino 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 della vaccinazione mediante vaccino "Spikevax (Moderna)".

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 _____