

MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 COMIRNATY (BioNTech/Pfizer) 4^a DOSE

Nome e Cognome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Telefono	

- ✓ Confermo di aver già ricevuto la somministrazione di due dosi di vaccino Pfizer, 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 Comirnaty (Pfizer).
 - ✓ 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 "Pfizer-BioNTech COVID-19".

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 _____