

## VACCINAZIONE ANTI COVID-19 PFIZER – QUARTA DOSE 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>	

ANAMNESI	SI	NO
È già stato vaccinato contro COVID-19? Se sì, specificare:		
- solo prima dose o due dosi o tre 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 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: _____		
_____		

<b>ANAMNESI COVID19 – CORRELATA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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* 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 "Comirnaty (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 \_\_\_\_\_