

DATI DEL VACCINANDO	
Cognome e Nome * :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono *:	E-mail *:
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:	Codice Fiscale *:
<i>In caso di MINORE/INTERDETTO/INFERMO/INCAPACE, riportare i dati identificativi dei <b>genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale/legale</b></i>	
<b>(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE)</b>	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<b>(GENITORE 2)</b>	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<i>Estremi del Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (A.G.)</i>	
Tribunale (indicare il tipo di A.G.):	Provincia/distretto dell'A.G.
Numero del provvedimento	Data del provvedimento

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità **dichiaro che:**

1. Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dei vaccini: " \_\_\_\_\_ " <sup>2</sup>
2. Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
3. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
4. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare.
5. 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 del ciclo vaccinale**, alla **dose aggiuntiva** oppure alla **dose di richiamo (booster)**.

\* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

<sup>2</sup> Le note informative sono quelle allegate alle circolari del Ministero della Salute pubblicate sul sito <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp>

6. Ho compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino (ad es. vaccino antinfluenzale) come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02.10.2021.
7. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
8. Accetto di rimanere nella sala d'attesa per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per consentire agli operatori sanitari di assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

<b>ACCONSENSO E AUTORIZZO</b>	<b>RIFIUTO</b>
la somministrazione del vaccino per tutto il ciclo vaccinale primario e per gli eventuali richiami come indicati nella scheda di dettaglio della vaccinazione eseguita.	la somministrazione del vaccino per tutto il ciclo vaccinale primario e per gli eventuali richiami come indicati nella scheda di dettaglio della vaccinazione eseguita.
<b>Luogo e data:</b>	<b>Luogo e data:</b>
<b>Firma del vaccinando/del genitore1/del rappresentante legale:</b>	<b>Firma del vaccinando/del genitore1/del rappresentante legale:</b>
<b>Firma del vaccinando/del genitore2/del rappresentante legale:</b>	<b>Firma del vaccinando /del genitore2/del rappresentante legale:</b>

<b>Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale <sup>3</sup></b>	
<b>Cognome e Nome (Medico):</b>	<b>Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):</b>
<i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i>	<i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i>
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

**Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679):** i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.

Documenti allegati (indicare gli eventuali ulteriori moduli allegati):

- Allegato B - MODULO TRIAGE PREVACCINALE;
- Allegato C - MODULO DELEGA del GENITORE/TUTORE che è impossibilitato a presenziare alla seduta vaccinale del minore;
- Allegato D - MODULO MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO;
- Allegato E - MODULO AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE ACCOMPAGNATORE, circa l'impossibilità / lontananza dell'altro genitore a sottoscrivere la delega con consenso alla vaccinazione;
- altro: \_\_\_\_\_

**Segue riepilogo "Dettagli operativi della vaccinazione", da compilarsi a cura del professionista sanitario dell'equipe vaccinale.**

<sup>3</sup> La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio del vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.

<b>Dettagli operativi della vaccinazione anti Covid-19</b> (a cura del professionista sanitario)														
<b>Tipo vaccino</b>	<b>Dose</b>			<b>Sede inoculo</b>			<b>Lotto</b>	<b>Scadenza</b>	<b>Sede vaccinale</b>	<b>Data e ora inoculo</b>	<b>Osservazione post vaccino</b>			<b>Firma del sanitario</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Deltoide DX</b>	<b>Deltoide SX</b>	<b>Altro sito</b>					<b>15 minuti</b>	<b>30 minuti</b>	<b>60 minuti</b>	
<b>Comirnaty</b> (Pfizer-Biontech)														
<b>Spikevax</b> (Moderna)														
<b>Vaxzevria</b> (AstraZeneca)														
<b>Janssen</b> (J&J)														
<b>Altro vaccino,</b> <b>specificare _____</b>														

<b>Somministrazione delle dosi (seconda e booster) successive alla prima per il minore in fascia di età 5-18 anni</b>	
<b>DATI DEL VACCINANDO</b>	
<b>Cognome e Nome * :</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono *:</b>	<b>E-mail *:</b>
<b>N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:</b>	<b>Codice Fiscale *:</b>
<b>Scuola frequentata:</b>	
<b>DATI DEL GENITORE/SOGGETTO ESERCENTE RESPONSABILITA' GENITORIALE</b>	
<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Dichiara di essere consapevole</b> che in occasione della somministrazione della dose n. _____ resta necessaria una verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologie intercorse successivamente all'inoculazione della prima dose;	
<input type="checkbox"/> <b>Dichiara</b> che la manifestazione di consenso informato rilasciata dall'altro genitore/soggetto esercente responsabilità genitoriale in data _____, ad oggi, è valida non essendo intervenuta esplicita manifestazione di opposizione/rifiuto, rinuncia al completamento del ciclo vaccinale o alla somministrazione della dose di richiamo.	
<input type="checkbox"/> <b>ACCETTO</b> di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCETTO</b> di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "
<input type="checkbox"/> <b>DICHIARO</b> che, ad oggi, <b>NON CI SONO</b> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.	<input type="checkbox"/> <b>DICHIARO</b> che, ad oggi, <b>CI SONO</b> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.
<input type="checkbox"/> <b>RIFIUTO</b> di sottoporre il minore alla inoculazione proposta, benché edotto della probabile inefficacia protettiva della somministrazione di una sola dose di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19 " _____ "	
<b>Luogo e data:</b>	
<b>Firma del genitore1/del rappresentante legale che accompagna il minore</b>	
<b>Firma del genitore2/del rappresentante legale (se presente)</b>	
<small><b>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679):</b> i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</small>	

\* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

<b>ANAMNESI PRE-VACCINALE</b>			
(da compilare a cura del vaccinando (o suo genitore/tutore) e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale)			
Dati del vaccinando			
Cognome e Nome	SI	NO	NON SO
Codice Fiscale			
Data e luogo di nascita			
Telefono (del vaccinando o del genitore/tutore)			
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?			
Se sì, specificare: _____			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Se sì, specificare: _____			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni <b>negli ultimi 14 giorni</b> ?			
Se sì, specificare: _____			
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
<b>Per le donne:</b> sta allattando?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Se sì, specificare: _____			
Altre patologie da cui è affetto: _____			
Terapia farmacologica che sta assumendo: _____			

<b>ANAMNESI COVID-CORRELATA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
<i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i>			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
<i>Ha effettuato un Test COVID-19?</i>			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19 (Data: .....)			
Test COVID-19 Negativo (Data: .....)			
Test COVID-19 Positivo (Data: .....)			

**Nel caso di minori:**

<b>(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE)</b>	
<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>	<b>Data e Luogo di nascita:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>(GENITORE 2)</b>	
<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>	<b>Data e Luogo di nascita:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>

<b>Data e luogo:</b>
<b>Firma del vaccinando/genitore1/rappresentante legale:</b>
<b>Firma della vaccinando/genitore2/rappresentante legale:</b>

