

**VACCINAZIONE ANTICOVID19**

***MODULO DI CONSENSO INFORMATO***

data e luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | COGNOME |
| DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA |
| RESIDENZA | TEL |
| Tessera sanitaria N |  |

Ho letto, mi è stata illustrata e ho compreso la nota informativa di cui ricevo copia e ho compilato e riesaminato col Personale Sanitario la Scheda anamnestica.

Al Personale sanitario ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ricevendo risposte esauriente da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole chiare, ho compreso i benefici e i rischi della Vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose

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 in sala d’aspetto per 15 min. dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

 **ACCONSENTO E AUTORIZZO** la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino anti-COVID-19

AstraZeneca

*firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **RIFIUTO** la somministrazione del vaccino anti-COVID-19 AstraZeneca

*firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data e luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONALE SANITARIO CHE EFFETTUA LA VACCINAZIONE**

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ruolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ruolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si conferma che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione dopo essere stato adeguatamente informato

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_