

**VACCINAZIONE ANTI-COVID19 MODULO DI CONSENSO MINORE**

Nome e Cognome del vaccinando:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile): N.	

Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale:

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale:

\_\_\_\_\_ Nato/a

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Ho riferito al Medico le patologie attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre delle domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore 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 con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate.

**Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino \_\_\_\_\_:**

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale

**Rifiuto la somministrazione del vaccino \_\_\_\_\_:**

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale

**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**

1. Nome e Cognome (Medico) .....

Confermo che i genitori/tutore/ altro hanno espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma .....

2. Nome e Cognome (Medico o altro professionista sanitario)

.....

Ruolo .....

Confermo che i genitori/tutore/ altro hanno espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma .....

La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		LOTTO N°	Data di scadenza	Luogo di somm.ne	Data e ora di Somm.ne	Firma Sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
<b>1° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					
<b>2° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					

## VACCINAZIONE ANTI COVID-19 – SCHEDA ANAMNESTICA MINORE

Da compilare a cura dei genitori/tutori/altri con responsabilità genitoriale e da riesaminare insieme ai Professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e Cognome:		Telefono:		
Anamnesi del vaccinando	SI	NO	NON SO	
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?				
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? (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?				
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 nelle ultime 4 settimane? 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?				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---



---



---



---



---



---

Anamnesi COVID-correlata	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
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?			
Test COVID-19:			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (Data: _____)			
• Test COVID-19 positivo (Data: _____)			
• In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

---



---



---



---



---



---

DATA E LUOGO .....

FIRMA dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_