



## REGIONE PUGLIA

### ALLEGATO 3 AL MODULO DI CONSENSO

#### VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando/genitore/titolare della potestà genitoriale da riesaminare insieme ai Sanitari addetti alla vaccinazione

**Nome e Cognome** (del vaccinando): \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** (del vaccinando) \_\_\_\_\_

Ha già compiuto 12 anni?	Sì	No	
Attualmente è malato?	Sì	No	Non so
Ha febbre?	Sì	No	Non so
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: _____	Sì	No	Non so
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	Sì	No	Non so
Soffre di malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache o polmonari, renali, asma, diabete, anemia o altre malattie del sangue e di altri organi o apparati, disturbi della coagulazione?	Sì	No	Non so
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	Sì	No	Non so
Negli ultimi 6 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	Sì	No	Non so
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono state somministrate immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	Sì	No	Non so
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	Sì	No	Non so
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	Sì	No	Non so
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	Sì	No	Non so

<b>Per le donne:</b>			
➤ è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	Sì	No	Non so
➤ sta allattando?	Sì	No	Non so

**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:**

---

---

---

SEGUE ----->

ANAMNESI COVID CORRELATA			
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	Sì	No	Non so
<b>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</b>			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	Sì	No	Non so
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	Sì	No	Non so
Dolore addominale/diarrea?	Sì	No	Non so
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	Sì	No	Non so
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	Sì	No	Non so
<b>Test COVID-19:</b> <input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente <input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data: _____) <input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data: _____) <input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			

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

---



---



---



---



---

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Firma dell'Operatore Sanitario \_\_\_\_\_

<u><b>Seconda Dose</b></u>
<b>Luogo e Data</b> _____
<b>Firma</b> _____
<b>Firma</b> _____
<b>L'Operatore Sanitario</b> _____

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19 MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome ( <i>del vaccinando</i> ):	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune residenza:	Indirizzo residenza
Telefono:	@ mail:
Tessera sanitaria o Codice fiscale:	Professione:

In qualità di: <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno del  <input type="checkbox"/> Minore  <input type="checkbox"/> Interdetto/Infermo/Incapace  <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____
--

- ✓ 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) del vaccino:

**“COMIRNATY (Pfizer/BioNTech)”**

- ✓ 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 con la seconda dose, se prevista.
- ✓ 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 del vaccino “COMIRNATY (Pfizer/BioNTech)”.**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

**Rifiuto la somministrazione del vaccino “\_\_\_\_\_”.**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

**Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

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

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

\_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

**\* 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 della persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**