



VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

- 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: “”
- Ho riferito al Farmacista 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 alla **dose di richiamo (dose “booster”)**.
- 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/dei vaccino/i per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del/dei vaccino/i “”	RIFIUTO la somministrazione del/dei vaccino/i “”
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale
Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6) <input type="checkbox"/> Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l’indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19 Data e luogo: Firma del Familiare:	

Professionisti sanitari dell’equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo (FARMACISTA) Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con dopo essere stato adeguatamente informato. Firma	2. Nome cognome e ruolo(.....) Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con 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.

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
1° dose anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro	/	/	/	/	/
2° dose anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro	/	/	/	/	/
3° dose anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro	/	/	/	/	/

ALLEGARE al Consenso informato la NOTA INFORMATIVA aggiornata predisposta da AIFA relativa al vaccino somministrato anti Covid-19 e resa disponibile dal Ministero della Salute alla seguente pagina web:
<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>, alla sezione **Piano vaccini anti Covid-19.**

SCHEDA ANAMNESTICA ALLA VACCINAZIONE IN FARMACIA CONVENZIONATA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione (in sede di prima e di seconda somministrazione, qualora prevista)

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Si o Non so, ad eccezione del quesito n. 5, dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale

Nome e Cognome		Data e luogo di nascita			
Codice fiscale o tessera sanitaria		Telefono			
QUESITI			SI'	NO	Non so
1) Attualmente è malato?					
2) Ha febbre?					
3) Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si specificare:					
4) Ha mai avuto una reazione <i>grave</i> dopo aver ricevuto un vaccino?					
5) Soffre di malattie cardiache, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad es. asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi non rientranti nell'elenco posto in allegato A di seguito riportato?					
6) Rispetto al quesito precedente (5) dall'ultima dose somministrata le è stata diagnosticata un'altra patologia cronica o è mutato il quadro clinico preesistente?					
7) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)					
8) 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?					
9) Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?					
10) Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?					
11) Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A					
12) Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?					
13) Sta assumendo farmaci anticoagulanti?					
14) Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2o 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?					
15) A seguito della prima o della seconda dose del vaccino si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche?					
16) Pregressa infezione da COVID-19? Se sì, quando:					
17) E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?					
18) Sta allattando?					

Ha riscontrato eventuali sospette reazioni avverse comparse dopo la prima o seconda dose di vaccino? Se sì quali:

Data e luogo		Firma del vaccinando	
---------------------	--	-----------------------------	--

Allegato A al Modulo idoneità/non idoneità alla vaccinazione in Farmacia convenzionata
ELENCO DELLE PATOLOGIE CHE DEFINISCONO IL CITTADINO ESTREMAMENTE VULNERABILE
(secondo quanto definito dal decreto ministeriale 12 marzo 2021)

Aree di patologia / Condizione	Definizione
Malattie respiratorie	<ul style="list-style-type: none"> - Fibrosi polmonare idiopatica - Altre malattie respiratorie che necessitino diossigenoterapia
Malattie cardiocircolatorie	<ul style="list-style-type: none"> - Scompenso cardiaco in classe avanzata (III-IVNYHA) - Pazienti post shock cardiogeno
Malattie neurologiche	<ul style="list-style-type: none"> - Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone - Sclerosi multipla - Distrofia muscolare - Paralisi cerebrali infantili - Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive - Miastenia <i>gravis</i> - Patologie neurologiche disimmuni
Diabete/altra endocrinopatie severe (quali morbo di Addison)	<ul style="list-style-type: none"> - Soggetti con diabete di tipo 1 - Soggetti con diabete di tipo 2 che necessitano di almeno 2 farmaci per il diabete o che hanno sviluppato complicanze - Soggetti con morbo di Addison - Soggetti con panipopituitarismo
Fibrosi cistica	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti da considerare per definizione ad alta fragilità per le implicazioni respiratorie tipiche della patologia di base
Insufficienza renale/patologia renale	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti sottoposti a trattamento dialitico cronico
Malattie autoimmuni – immunodeficienze primitive	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza - Pazienti con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico
Malattia epatica	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con diagnosi di cirrosi epatica
Malattie cerebrovascolari	<ul style="list-style-type: none"> - Evento ischemico-emorragico cerebrale che abbia compromesso l'autonomia neurologica e cognitiva del paziente affetto - Persone che hanno subito uno "stroke" nel 2020 e per gli anni precedenti con ranking maggiore uguale a 3
Patologia oncologica	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con patologia tumorale maligna in fase avanzata non in remissione - Pazienti oncologici e onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure
Emoglobinopatie	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da talassemia, anemia a cellule falciformi
Sindrome di Down	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i pazienti con sindrome di Down in ragione della loro parziale competenza immunologica e della assai frequente presenza di cardiopatie congenite sono da ritenersi fragili
Trapianto di organo solido e di cellule staminali emopoietiche	<ul style="list-style-type: none"> - pazienti in lista d'attesa o trapiantati di organo solido - pazienti in attesa o sottoposti a trapianto (sia autologo che allogenico) di cellule staminali emopoietiche (CSE) dopo i 3 mesi e fino ad un anno, quando viene generalmente sospesa la terapia immunosoppressiva - pazienti trapiantati di CSE anche dopo il primo anno, nel caso che abbiano sviluppato una malattia del trapianto contro l'ospite cronica, in terapia immunosoppressiva
Grave obesità	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con BMI maggiore di 35
HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con diagnosi di AIDS o <200 CD4