

Modulo di registrazione  
**SCHEMA CONSENSO INFORMATO**

**Nome e Cognome del vaccinando** \_\_\_\_\_

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

**In caso di minore (dati identificativi dei genitori )**

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

**In caso di soggetto incapace:**

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

Identificato tramite \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

   sottoscritt / \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

**di aver ricevuto** tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

**un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;

- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

**di essere stato invitata/o a trattenere** il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

**di aver riferito corrette informazioni** sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

- di aver **acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente; e quindi di **ACCETTARE le seguenti vaccinazioni**

**Esavalente** \_\_\_\_\_

**AntiDifteriteTetano** \_\_\_\_\_

**Anti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite** \_\_\_\_\_

**AntiMorbillo-Parotite-Rosolia** \_\_\_\_\_

**Antimeningococco** \_\_\_\_\_

**Antipneumococco** \_\_\_\_\_

**AntiPapillomaVirus** \_\_\_\_\_

**Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)**

---

**Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante**

---

## **Informativa**

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDE INFORMATIVE MULTILINGUE.

Per la/le vaccinazione/a proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

## **Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario**

---

Centro Vaccinale di \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### SCHEDA ANAMNESTICA ALLA VACCINAZIONE

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)

<b>Nome e Cognome</b>		<b>Data e luogo di nascita</b>			
<b>Codice fiscale o tessera sanitaria</b>		<b>Telefono</b>			
QUESITI			SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?					
Ha febbre?					
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: .....					
Ha mai avuto una reazione <i>grave</i> dopo aver ricevuto un vaccino?					
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?					
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)					
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?					
Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A					
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane, oltre a vaccinazioni Covid-19? se sì, quale/i? .....					
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?					
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?					
A seguito della prima dose del vaccino si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche?					
Pregressa infezione da COVID-19? Se sì, quando: .....					
E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?					
Sta allattando?					

Terapia farmacologica/Anamnesi patologica:

.....  
 .....