

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE

Nome e Cognome del vaccinando

Nato/a _____ il ____ / ____ / 20____

Residente in _____ Via/Piazza _____

CAP _____ Telefono genitore _____

Tessera sanitaria n. _____

Dati identificativi dei genitori o di altri soggetti titolari della potestà genitoriale

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome e Cognome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome e Cognome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____

__ sottoscritt_/_ _____ consapevole/i 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/DICHIARANO sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco del vaccino: **COMIRNATY OMICRON XBB.1.5**
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e comprensibili;
- di essere stato adeguatamente informato con parole chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, 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;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

di **ACCONSENTIRE ed AUTORIZZARE la somministrazione di VACCINO COMIRNATY OMICRON XBB.1.5**

Data e Luogo _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

di **RIFIUTARE la somministrazione del VACCINO COMIRNATY OMICRON XBB.1.5**

Data e Luogo _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Spazio riservato ai Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome (Medico) _____

Confermo che il Vaccinando e il genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Data _____ Firma _____

2. Nome e Cognome (altro Professionista Sanitario) _____

Ruolo _____

Confermo che il Vaccinando e il genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Data _____ Firma _____

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Dettagli operativi della vaccinazione

Sito iniezione	Lotto	Data ora e luogo della somministrazione	Firma sanitario
<input type="checkbox"/> Lato destro <input type="checkbox"/> Lato sinistro			

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE

Da compilare a cura dei genitore o soggetto titolare della potestà genitoriale e da riesaminare insieme ai *Professionisti Sanitari* addetti alla vaccinazione.

Il minore: _____ Data e Luogo di nascita: _____	Telefono di riferimento: _____		
Anamnesi	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci, a componenti del vaccino? Se si 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 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?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			

Specifichi di seguito i farmaci, 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-CoV2 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?			
Ha già ricevuto in passato la vaccinazione COVID-19? Se sì, quando?			
Test COVID-19: <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: _____)	NOTE:		
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sullo stato di salute			