

**VACCINAZIONE ANTI-COVID19
MODULO DI CONSENSO**

Nome e Cognome:

Data di Nascita:

Luogo di Nascita:

Residenza:

Telefono:

Tessera Sanitaria (se disponibile):

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa in Allegato 1, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in Allegato 2.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto 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.

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 della vaccinazione mediante vaccino

Pfizer-BioNTech COVID-19

Data e Luogo: 31/12/2020, RIETI

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino

Pfizer-BioNTech COVID-19

Data e Luogo: 31/12/2020, RIETI

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

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

1. Nome e Cognome

Ruolo Medico

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

Firma

2. Nome e Cognome

Ruolo Infermiere

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

Firma

**IN CASO DI COMPARSA DI QUALSIASI TIPOLOGIA DI SINTOMI INVIARE
IMMEDIATAMENTE EMAIL A farmacovigilanzacovid@asl.rieti.it**