

# MODULO DI CONSENSO

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19 (DOSE ADDIZIONALE) CO-SOMMINISTRAZIONE VACCINO ANTINFLUENZALE FARMACOVIGILANZA ATTIVA TRAMITE SISTEMA DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE (IARI)

Nome e Cognome:

---

Data di nascita:

Luogo di nascita:

---

---

Residenza:

Telefono:

---

---

Tessera sanitaria (se disponibile):

n. \_\_\_\_\_

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 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 e rischi ed i benefici della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione.

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 in 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 antiCovid19 “\_\_\_\_\_”.

Acconsento ed autorizzo la co-somministrazione della vaccinazione antinfluenzale vaccino “\_\_\_\_\_”.

Acconsento di essere contattato da IARI, sistema di intelligenza artificiale, che potrà propormi, almeno dopo 4 giorni dalla somministrazione vaccinale, tramite una telefonata attiva, la somministrazione di un questionario finalizzato alla verifica di eventuali reazioni avverse, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di privacy (GDPR 2016/679/Ue).

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

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

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_