



VACCINAZIONE ANTI-COVID19

(Mod.VAX v. 2)

il/la sottoscritt _____ (cognome e nome) _____ Cellulare _____

nat _____ a _____ prov. _____ il _____ Cod. fiscale _____

Residente a _____ via _____ n° _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE: Nome/Cognome _____ Cod.Fiscale _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ACCONSENTE, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sottostante.

Gentile Signore/a, Desideriamo informarla che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato. I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).

Luogo e data _____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

AUTOCERTIFICAZIONE

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità **di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino:**

nel paese _____ della tipologia _____ in data _____

Luogo e data _____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

- ✓ 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) per il vaccino riportato in basso.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto 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, se prevista.
- ✓ 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 _____

Luogo e data _____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome _____ Ruolo _____

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

Firma _____



SCHEDA ANAMNESTICA

il/la sottoscritt _____ (cognome e nome)

nat _____ a _____ prov. _____ il _____ Cod. fiscale _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

Anamnesi (Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Attualmente è malato? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 2. Ha febbre? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 3. Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se si specificare: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 4. Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 5. Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 6. Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 7. 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? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 8. Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 9. Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 10. Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 11. Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 12. Per le donne: - sta allattando? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 13. Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |

Specifici di seguito farmaci, integratori naturali, vitamine, minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

Anamnesi COVID-correlata

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 2. Manifesta uno dei seguenti sintomi:
<input type="checkbox"/> Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
<input type="checkbox"/> Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
<input type="checkbox"/> Dolore addominale/diarrea?
<input type="checkbox"/> Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? | | | |
| 3. Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 4. 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: _____ | | | |

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:

Firma utente _____

Firma medico _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)