

MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO – “BOOSTER”)

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (o altro documento disponibile):	

DATA ULTIMA SOMMINISTRAZIONE: “ _____ ”	<input type="radio"/> Comirnaty Pfizer	<input type="radio"/> Vaxzevria (Astrazeneca)
	<input type="radio"/> Spikevax Moderna	<input type="radio"/> Janssen

- *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 ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia alla dose di richiamo (dose “booster”).*
- *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 E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino “ _____ ”	RIFIUTO la somministrazione del vaccino “ _____ ”
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale:	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale:

PROFESSIONISTI SANITARI DELL’EQUIPE VACCINALE	
1) Nome e Cognome (Medico): _____	2) Nome e Cognome: _____
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con “ _____ ” dopo essere stato adeguatamente informato.	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con “ _____ ” dopo essere stato adeguatamente informato.
Firma: _____	Firma: _____

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