



Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

__sottoscritt__ (cognome e nome) _____ Cell _____
nat __ a _____ prov. __ il _____ CF _____
Residente a _____ via _____ n° _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____ CF _____

DICHIARA

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 appartenere a una delle seguenti categorie:

☐ Frequenza comunità	☐ Convivente di soggetto ad alto rischio	☐ Detenuto
☐ Età > 60	☐ Forze di Polizia	☐ Vigili del Fuoco
☐ Donna in gravidanza	☐ Operatore Sanitario	☐ Operatori non Sanitari
☐ Anziani Lungodegenza	☐ MMG e PLS	☐ Personale di Laboratorio
☐ Residenza in area a maggior rischio	☐ Altra attività lavorativa a rischio	☐ Donatori di Sangue
☐ Operatore Scolastico	☐ Staff strutture di Lungodegenza	☐ Studente dell'Area Sanitaria
☐ Volontario del settore della Sanità	☐ Soggetto vulnerabile per Patologia	☐ Altro
☐ Nessuna indicazione		

Di aver ricevuto in data __/__/__ una 1^a dose di vaccino _____ nel paese _____

ACCONSENTE

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

Gentile Signore/a, Desideriamo informarla che il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) 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 (GDPR), 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 (GDPR).

Luogo e data _____

Firma utente

(firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

CONSENSO INFORMATO

- ✓ 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).
- ✓ 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 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 ☐ Non acconsento alla somministrazione del vaccino: _____

Luogo e data _____

Firma utente

(firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

Nome e Cognome (Medico) _____

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

Firma medico _____

SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilarsi a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

- Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
Se sì, specificare: _____
- Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
Se sì, quale/i? _____
- Soffre di malattie cardiache o polmonari, renali, asma, diabete, anemia o altre malattie del sangue? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Sta assumendo farmaci anticoagulanti? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (es. cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es. cortisonici) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o emoderivati, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Per le donne: ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- È in gravidanza o sta pensando a una gravidanza nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Sta allattando? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

- Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SarsCoV2 o affetta da COVID-19? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Indichi se 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? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Test COVID-19:

- ☐ **Nessun test** COVID-19 recente
- ☐ Test COVID-19 **negativo** in data: ____/____/____
- ☐ Test COVID-19 **positivo** in data: ____/____/____
- ☐ **In attesa** di test COVID-19 in data: ____/____/____

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

Data ____/____/____

Firma utente

(firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

Firma Medico _____

Aggiornamento scheda anamnestica 2^a dose

Data ____/____/____

Firma Medico _____



Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

I dose

Cognome e Nome (Professionista Sanitario Somministratore) _____

Ruolo _____ Firma _____

Data ____/____/____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

II dose

Cognome e Nome (Professionista Sanitario Somministratore) _____

Ruolo _____ Firma _____

Data ____/____/____

Applica qui
l'etichetta
adesiva