

**NELLA FASCIA DI ETA' 12 ANNI (compiuti) – 18 ANNI (NON compiuti)
COMIRNATY (BioNTech/Pfizer)**



Dati identificativi del vaccinando

Nome Cognome	
Data di nascita	Luogo di nascita
Residenza	Telefono
Tessera sanitaria (se disponibile) N.	

Dati identificativi dei genitori o di altri soggetti titolari della potestà genitoriale

Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome Cognome)nato a.....il.....	
Documento di identità n.o..... Rilasciato da	Il..... Scade il
Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome Cognome)nato a.....il.....	
Documento di identità n.o..... Rilasciato da	Il..... Scade il

Io sottoscritt / _____ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, **DICHIARA/DICHIARANO** sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "Comirnaty" di Pfizer/BioNTech (Versione 04. del 16/06/2021- 0027471-18/06/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 2 (A02)
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, 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;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, **mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);**
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

Spazio riservato ad eventuali provvedimenti del Tribunale dei Minori relativamente alla potestà genitoriale

Provvedimento del Tribunale dei Minori din..... data

di **ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE** la somministrazione del VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)

Data e Luogo _____ Firma del minore _____
 Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

di **RIFIUTARE** la somministrazione del VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)

Data e Luogo _____ Firma del minore _____
 Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

NB: LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico) _____ confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.
 Firma _____

Nome e Cognome _____ Ruolo _____ confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.
 Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Dettagli operativi vaccinazione	Sito di iniezione		Lotto N.	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora somministrazione	Firma sanitario
	Braccio DX	Braccio SX					
1° Dose							

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando/genitore/titolare della potestà genitoriale da riesaminare insieme ai Sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e Cognome:		Telefono:		
Anamnesi		SI	NO	NON SO
Ha già compiuto 12 anni?				
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:.....				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Soffre di malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache o polmonari, renali, asma, diabete, anemia o altre malattie del sangue e di altri organi o apparati, disturbi della coagulazione ?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?				
Negli ultimi 6 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?				
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
Ha mai avuto convulsioni, epilessie o disturbi neurologici?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? Se sì, Specificare.....				
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? - sta allattando?				

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

Anamnesi COVID - correlata	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?			
• 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?			
Test COVID-19:			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (Data:_____)			
• Test COVID-19 positivo (Data:_____)			
• In attesa di test COVID-19 (Data:_____)			

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

Data _____ Firma del compilatore (se autocompilazione) _____

Tempo di osservazione _____ minuti Firma e timbro del medico _____