

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO per minori

Nome e Cognome del vaccinando/a :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	Residenza:

Io sottoscritto/a _____ nato/a a..... il
residente a indirizzo
in qualità di madre [] rappresentante legale []

Io sottoscritto/a _____ nato/a a..... il
residente a indirizzo
in qualità di padre [] rappresentante legale []

- 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 del vaccinando.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando 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 Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di far rimanere il vaccinato 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 del vaccino **a**

DATA E LUOGO

Firme dei genitori o Rappresentante legale

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:

- potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente
- il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente
è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione
firma.....

Rifiuto la somministrazione del vaccino ""

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 alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
Firma
2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)
Ruolo
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
Firma

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