



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:

<input type="checkbox"/> Frequenza comunità	<input type="checkbox"/> Convivente di soggetto ad alto rischio	<input type="checkbox"/> Detenuto
<input type="checkbox"/> Et� > 60	<input type="checkbox"/> Forze di Polizia	<input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco
<input type="checkbox"/> Donna in gravidanza	<input type="checkbox"/> Operatore Sanitario	<input type="checkbox"/> Operatori non Sanitari
<input type="checkbox"/> Anziani Lungodegenza	<input type="checkbox"/> MMG e PLS	<input type="checkbox"/> Personale di Laboratorio
<input type="checkbox"/> Residenza in area a maggior rischio	<input type="checkbox"/> Altra attivit� lavorativa a rischio	<input type="checkbox"/> Donatori di Sangue
<input type="checkbox"/> Operatore Scolastico	<input type="checkbox"/> Staff strutture di Lungodegenza	<input type="checkbox"/> Studente dell'Area Sanitaria
<input type="checkbox"/> Volontario del settore della Sanit�	<input type="checkbox"/> Soggetto vulnerabile per Patologia	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> 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 modalit  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, nonch  alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sar  improntato ai principi di correttezza, liceit  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 sar  effettuato in modalit  informatizzata.

Il conferimento dei dati   **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 riguarder  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'idoneit  alla vaccinazione.

Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati   INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma

In ogni momento potr  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   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 possibilit  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 modalit  e le alternative terapeutiche, nonch  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 sar  mia responsabilit  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 verificano 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 _____

SCHEMA 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:*
- 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