

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 08. del 08/10/2021- 0045886-08/10/2021-DGPRE-DGPRE-P - Allegato Utente 3 (A03)
- 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;

- o 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);
- o 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 | | | | | | | |

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 _____