



IL SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

TEL (CELLULARE) \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

 MADRE  PADRE  TUTORE DEL MINORE

COGNOME NOME DEL MINORE \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ETA' (anni compiuti) \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**A CURA DELL'OPERATORE:**

CATEGORIA VACCINALE: _____		IDONEO VACCINO?	Osservazione PostVaccino
<b>TIPO VACCINO 1° DOSE</b> <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Moderna mRNA-1273 <input type="radio"/> Vaxzevria(AstraZeneca) <input type="radio"/> Janssen	<b>TIPO VACCINO 2° DOSE</b> <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Moderna mRNA-1273 <input type="radio"/> Vaxzevria(AstraZeneca)	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 15 minuti  <input type="checkbox"/> 30 minuti  <input type="checkbox"/> 60 minuti
Firma dell'operatore sanitario: _____			

**CONSENSO INFORMATO PER IL MINORE**

- Dichiaro che ho letto e ho compreso le informazioni contenute nella nota informativa del vaccino che è stato offerto per il minore.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore, ottenendo risposte esaurienti
- Ho compreso i rischi e i benefici della vaccinazione.
- Ho compreso che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale di informare immediatamente il medico curante del minore
- Accetto che il minore rimanga nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dopo la vaccinazione per valutare che non si verifichino reazioni avverse immediate
  - Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino**
  - Rifiuto la somministrazione del vaccino**

**SCHEDA ANAMNESTICA**

Il minore è attualmente malato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha febbre?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si specificare:</i> _____		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se si specificare:</i> _____		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No



Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha ricevuto vaccinazioni <b>negli ultimi 14 giorni</b> ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se sì quali: _____		
Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare sotto)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per le <u>donne</u> : sta allattando?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Patologie da cui è affetto/a:</b> _____		
<b>Terapia Farmacologica che sta assumendo:</b> _____		
<b>ANAMNESI COVID19-CORRELATA</b>		
<u>Nell'ultimo mese</u> è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-cov2 o affetta da Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
E' attualmente sottoposto al regime di quarantena fiduciaria?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Manifesta dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha effettuato un test covid-19? <input type="checkbox"/> Nessun test covid <input type="checkbox"/> Test Covid19 NEGATIVO: Data..... <input type="checkbox"/> Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo): ..... <input type="checkbox"/> In attesa esito test Covid19		

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO  SX  DX

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE DEL MINORE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

FIRMA VACCINATORE (leggibile)

FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)


**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** \_\_\_\_\_ **NATO/A IL** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

TEL (CELLULARE) \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

che può essere contattata in caso di situazioni cliniche particolari dal medico vaccinatore per e/o richiederne la convocazione o informare della sospensione della vaccinazione

 **MADRE**    **PADRE**    **TUTORE DEL MINORE**
**COGNOME NOME DEL MINORE** \_\_\_\_\_ **SESSO** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **ETA' (anni compiuti)** \_\_\_\_\_ **CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**DELEGO A TUTTI GLI EFFETTI**
**DOSE:** \_\_\_\_\_

**IL/LA SIGNOR/A** \_\_\_\_\_ **NATO/A IL** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

TEL (CELLULARE) \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI IDENTITA' NUMERO \_\_\_\_\_

RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

A:

- ACCOMPAGNARE IL SOPRAINDICATO MINORE AD ESEGUIRE LA VACCINAZIONE ANTI-COVID, ESSENDO LA PERSONA INDICATA INFORMATA SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE.
- ALLA CONSEGNA DEL CONSENSO INFORMATO E DELLA SCHEDA ANMESTICA DAL SOTTOSCRITTO/A COMPILATA.

○

DATA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE DEL MINORE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

\_\_\_\_\_

NB Il delegato che accompagna il minore deve presentarsi con copia del documento di identità del genitore che firma la delega e con il proprio documento di identità.