



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
TIPO VACCINO 1° DOSE <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Moderna mRNA-1273 <input type="radio"/> Vaxzevria(AstraZeneca) <input type="radio"/> Janssen	TIPO VACCINO 2° DOSE <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
 - Accenso 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
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	<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 negli ultimi 14 giorni ?	<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
Patologie da cui è affetto/a: _____		
Terapia Farmacologica che sta assumendo: _____		
ANAMNESI COVID19-CORRELATA		
<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.