

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID19 DELLA POPOLAZIONE GENERALE

Il sottoscritto _____
residente _____
nato/a il _____ a _____
codice fiscale _____
documento di identità n° _____ del _____ e-mail _____
tessera sanitaria n° _____

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: **COMIRNATY**

Ho riferito al Medico/Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità 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 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 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 verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino: COMIRNATY

BIBIANA _____
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

Rifiuto la somministrazione del vaccino: COMIRNATY

BIBIANA _____
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico/Farmacista) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

.....