


VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO
PER MINORI 5-11 anni

(dal giorno del compimento del 5° anno al giorno prima del compimento del 12° anno)

DOSE:

 PRIMA BOOSTER

COGNOME NOME DEL MINORE _____ SESSO _____

 DATA DI NASCITA ___/___/___ 5 ANNI COMPIUTI **SI** CODICE FISCALE _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)

DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRO SOGGETTO TITOLARE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE

Genitore (Nome Cognome)	_____	nato a _____	il _____	tel _____
Genitore (Nome Cognome)	_____	nato a _____	il _____	tel _____

Titolare della responsabilità genitoriale (Nome Cognome)	_____	nato a _____	il _____	tel _____
--	-------	--------------	----------	-----------

Estremi del Provvedimento del Tribunale dei Minori di _____ n° _____ del _____
--

SCHEDA ANAMNESTICA DEL MINORE

(da compilare da parte del genitore e da riesaminare insieme agli operatori sanitari addetti alla vaccinazione)

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 sì, specificare:</i>		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì, 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
<i>Se sì, quali:</i>		



Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare nello spazio "terapia")	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Patologie da cui è affetto/a: _____		
Terapia Farmacologica che sta assumendo: _____ _____		
ANAMNESI COVID19-CORRELATA		
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 o affetta da Covid-19?	<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 effettuato in data		
Sono trascorsi almeno 180 giorni da una precedente dose di vaccino o dall'infezione da SARS CoV-2 ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sono trascorsi almeno 90 giorni da una precedente dose di vaccino ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto reazioni dopo eventuali precedenti dosi di vaccino anti-Covid ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se sì, quali?		
Se sì, sono state segnalate ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
CONSENSO INFORMATO PER IL MINORE		
Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità dichiaro che:		
<ul style="list-style-type: none"> • Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso il Foglio Illustrativo del vaccino redatto dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): 		
<input type="checkbox"/> Comirnaty Omicron XBB 1.5 <ul style="list-style-type: none"> • Ho riferito al Medico le patologie attuali e/o pregresse e le terapie in atto di esecuzione del minore. • Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore, 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 per il minore, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto alla vaccinazione anti-Covid 19. • Sono consapevole che qualora si verificasse un qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante del minore seguirne le indicazioni. • Accetto che il Minore rimanga nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino, salvo diversa indicazione, per assicurarsi valutare che non si verifichino reazioni avverse immediate. 		
<input type="checkbox"/> Accenso e autorizzo la somministrazione del vaccino		
<input type="checkbox"/> Rifiuto la somministrazione del vaccino		


A CURA DELL'OPERATORE

CATEGORIA VACCINALE: _____		IDONEO AL VACCINO?	Osservazione PostVaccino
TIPO di DOSE:	TIPO di VACCINO:		
<input type="radio"/> 1° DOSE <input type="radio"/> DOSE BOOSTER	<input type="radio"/> COMIRNATY OMICRON XBB 1.5	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 15 minuti <input type="checkbox"/> 30 minuti <input type="checkbox"/> 60 minuti

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX
---------	-----------------------------	-----------------------------

FIRMA DEL GENITORE _____

FIRMA DEL GENITORE _____

NOTA BENE - In caso sia presente un solo genitore, questi deve compilare il Modulo "VACCINAZIONE ANTICOVID19 – IN ASSENZA DI UNO DEI GENITORI" (Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR 1812/2000 n° 445)

FIRMA TITOLARE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE _____

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE ____ / ____ / ____	
SEDE VACCINALE : _____	
FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)	FIRMA VACCINATORE (leggibile)