Modulo 3

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE E ANTI COVID-19 IN FARMACIA - MINORI

Nome e Cognome: _____

In qualità di: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Nome e Cognome: _____

In qualità di: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

□ somministrazione vaccino antinfluenzale

□ somministrazione vaccino anti Covid-19

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: "_____".

Ho preso visione dell'Informativa *privacy* e ho prestato il mio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Ho riferito al 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.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nell'area d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino.

Qualora non in possesso di informazione/documentazione certa in ordine a precedente analoga vaccinazione:

- Autorizzo il Farmacista a verificare, al fine di erogare la vaccinazione secondo la schedula vaccinale prevista, tramite la consultazione dell'applicativo WebApp di SIAVr (anagrafe regionale vaccini), la presenza di eventuale pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini registrati in Anagrafe Vaccinale della Regione del Veneto SI □ NO □

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "_____"

a mio/a figlio/aa _____

nato/a a _____ il _____

Data e Luogo _____

Firma dei genitori o del Rappresentante Legale

_____

_____

N.B. in caso di presenza di un solo genitore/rappresentante legale, *firma il consenso solo il genitore presente*, assumendo la responsabilità della scelta nei confronti dell'altro genitore.

Rifiuto la somministrazione del vaccino "……".
Data e Luogo _____

Firma dei genitori o del Rappresentante Legale

_____

_____

Nome e Cognome del Farmacista_____
Confermo che per il Vaccinando i genitori/il genitore presente/ il rappresentante legale hanno/ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____