All. 4

REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona

cod.fisc. e P. IVA 02573090236

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO

PER MINORI 12-17 anni

(dal giorno del compimento del 12° anno al compimento del 18° anno)

DOSE:
☐ **PRIMA**
☐ **BOOSTER**

COGNOME NOME DEL MINORE _____ SESSO ____

DATA DI NASCITA __/____/_____ **12 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?	☐ Sì	☐ No
Ha febbre?	☐ Sì	☐ No
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	☐ Sì	☐ No
Se sì, specificare:		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	☐ Sì	☐ No
Se sì, specificare:		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	☐ Sì	☐ No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	☐ Sì	☐ 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)?	☐ Sì	☐ No
Durante lo scorso anno ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	☐ Sì	☐ No
Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?	☐ Sì	☐ No
Ha ricevuto vaccinazioni **negli ultimi 14 giorni**?	☐ Sì	☐ No
Se sì, quali:		

Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare nello spazio "*terapia*")	☐ Sì	☐ No
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta?	☐ Sì	☐ No
Per le donne: sta allattando?	☐ Sì	☐ 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?	☐ Sì	☐ No	☐ Non so
Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	☐ Sì	☐ No	
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	☐ Sì	☐ No	
Manifesta dolore addominale/diarrea?	☐ Sì	☐ No	
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	☐ Sì	☐ No	
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	☐ Sì	☐ No	
Ha effettuato un test Covid-19? ☐ Nessun test Covid ☐ Test Covid19 NEGATIVO: Data…… ☐ Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo): …….. ☐ 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 ?	☐ Sì	☐ No	
Sono trascorsi almeno **90 giorni** da una precedente dose di vaccino ?	☐ Sì	☐ No	
Ha avuto reazioni dopo eventuali precedenti dosi di vaccino anti-Covid ?	☐ Sì	☐ No	
Se sì, quali?			
Se si, sono state segnalate ?	☐ Sì	☐ 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:

- 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):

☐ Comirnaty Omicron XBB 1.5

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

REGIONE DEL VENETO ULSS9 SCALIGERA	*Azienda ULSS 9 - Scaligera* Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236

- 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.

☐ **Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino**

☐ **Rifiuto la somministrazione del vaccino**

A CURA DELL'OPERATORE			
CATEGORIA VACCINALE:_____		**IDONEO AL VACCINO?**	**Osservazione PostVaccino**
TIPO di DOSE: O **1° DOSE** O **DOSE BOOSTER**	**TIPO di VACCINO:** O **COMIRNATY OMICRON XBB 1.5**	**SI** **NO**	☐ 15 minuti ☐ 30 minuti ☐ 60 minuti

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:		
BRACCIO	☐ SX	☐ 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)