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 MAGGIORENNI

DOSE:

☐ **PRIMA**

☐ **BOOSTER**

COGNOME NOME _____ SESSO ____

DATA DI NASCITA ____/____/_____ ETA' (anni compiuti)_____ CODICE FISCALE_____

RESIDENZA/DOMICILIO_____ CITTA'_____ (____)

TEL (CELLULARE) _____ MAIL _____

SCHEDA ANAMNESTICA **(da compilare da parte del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari addetti alla vaccinazione)**		
Attualmente è 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 <u>donne</u>: è incinta o sta pensando di rimanere incinta?	☐ Sì	☐ No
Per le <u>donne</u>: 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	
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 anti-Covid o dall'infezione da SARS CoV-2 ?	□ 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

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso il Foglio Illustrativo del vaccino redatto dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA):

☐ Comirnaty Omicron XBB 1.5 ☐ Nuvaxovid XBB 1.5

- Ho riferito al Medico 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 alla vaccinazione anti-Covid-19.
- 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.

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

o **Rifiuto la somministrazione del vaccino**

FIRMA DI CHI RICEVE LA VACCINAZIONE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

_____

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome_____

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

Firma di chi raccoglie l'anamnesi e il consenso_____

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

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:		
BRACCIO	☐ SX	☐ DX

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE ____/_____/_____

SEDE VACCINALE: _____

FIRMA DEL VACCINATORE (leggibile)	