

	<b>REGIONE ABRUZZO</b> <b>ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Pag. 1/2
	<b>CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ADULTO</b>	

**STRUTTURA SANITARIA / AMBULATORIO** \_\_\_\_\_

**PARTE I - DATI IDENTIFICATIVI**

**Il/la Sottoscritto/a** : Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- Diretto/a interessato/a
- Rappresentante legale \* del/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

( specificare se :  tutore,  amministratore di sostegno,  curatore )

- Delegato/a\*\* del/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**PARTE II - DATI SANITARI** (a cura del medico)

**Anamnesi:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE III - ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO SPECIFICO**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Dichiara:** di aver ricevuto un'informazione completa ed esauriente sul/i vaccino/i proposto/i e di essere soddisfatto/a dell'informazione ricevuta attraverso il colloquio e la nota informativa. Sono stati compresi i rischi e i benefici della vaccinazione e le conseguenze di un eventuale rifiuto. Si è consapevole che, qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà responsabilità del/la sottoscritto/a informare il proprio Medico curante e seguirne le indicazioni. Si accetta di rimanere nella sala d'attesa per almeno 15 minuti dalla somministrazione del/i vaccino/i.

**Dichiara,** pertanto di:

- ACCETTARE**  **NON ACCETTARE**

la somministrazione del/i seguente/i vaccino/i: \_\_\_\_\_

**Firma utente:** \_\_\_\_\_

Oppure nel caso in cui il soggetto interessato abbia un

- tutore\*  amministratore di sostegno\*  curatore\*  delegato\*\*

**Firma** \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma Medico \_\_\_\_\_

Firma di altri operatori sanitari (se presenti): \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui la persona assistita sia impossibilitata a firmare**

	Nome	Cognome	Documento	firma
Testimone 1				
Testimone 2				

\* Va allegata documentazione che indichi i poteri del tutore e dell'amministratore di sostegno e copia del documento di riconoscimento.

\*\*Nel caso di delega compilare il MODULO SPECIFICO (MRSQA07/6)



**ANAMNESI**

Attualmente è malato?	SI	NO	NON SO
Ha febbre?	SI	NO	NON SO
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci, ad altre sostanze o ai componenti del vaccino?	SI	NO	NON SO
Se si specificare: ..... .....			
Hai mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SI	NO	NON SO
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione?	SI	NO	NON SO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SI	NO	NON SO
Negli ultimi sei mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone, o altri steroidi) o farmaci anti tumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	SI	NO	NON SO
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline o farmaci anti virali?	SI	NO	NON SO
Ha avuto disturbi neurologici, epilessia, o convulsioni?	SI	NO	NON SO
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?	SI	NO	NON SO
Se sì, quale/i? .....			
Per le donne: è in gravidanza o sta pensando di avviare una gravidanza nel mese successivo alla somministrazione?	SI	NO	NON SO
Per le donne: sta allattando?	SI	NO	NON SO
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	SI	NO	NON SO

**SOLO PER LE VACCINAZIONI ANTICOVID 19**

Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata o affetta da COVID 19?	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese ha fatto qualche viaggio internazionale?	SI	NO	NON SO
Recentemente si è ammalato di COVID?	SI	NO	NON SO
Se sì quanto tempo fa? .....			
Ha già ricevuto il vaccino anti COVID 19?	SI	NO	NON SO
Se sì quanto tempo fa ha ricevuto l'ultima dose? .....			

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma utente

Firma Operatore Sanitario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_