

ATTESTATO DI COMPIUTA ESERCITAZIONE PRATICA
DI SOMMINISTRAZIONE VACCINO anti SARS CoV-2 E VACCINO ANTINFLUENZALE

Io sottoscritto/o Dott.ssa/Dott. _____, medico/infermiere operante presso il centro vaccinale dell'Azienda _____, dichiaro che la dott.ssa/dott. _____ iscritta/o all'Ordine dei Farmacisti di _____, n. iscrizione all'Albo _____, ha correttamente espletato, sotto il mio tutoraggio professionale, l'esercitazione pratica finalizzata all'attività di somministrazione di un vaccino, con particolare riferimento a:

- inoculo vaccino
- gestione del vaccino (con cenni alle differenze nella gestione tra vaccini anti SARS-CoV-2 e vaccini antinfluenzali)
- dialogo con il paziente, sicurezza del paziente e sicurezza dell'operatore, monitoraggio post inoculo, farmacovigilanza e gestione dei rifiuti

eseguita in data _____.

Luogo, data

Firma tutor professionale

Firma Farmacista

Copia del presente attestato deve essere trasmesso all'Ordine dei Farmacisti di iscrizione a cura del farmacista che ha eseguito l'esercitazione.