

Gentile Signore/a

nell'ambito delle attività di contrasto al Coronavirus - COVID 19, l'Azienda propone agli ospiti della Casa o Struttura Residenza per Anziani la vaccinazione mediante vaccino **COMIRNATY** di **Pfizer-BioNTech**, rispetto al cui utilizzo l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha espresso parere scientifico favorevole, ritenendo i dati disponibili sufficientemente solidi in ordine a qualità, sicurezza ed efficacia del vaccino anche per la somministrazione di una terza dose aggiuntiva.

I vaccini antiSARS-CoV-2/COVID-19, inoltre, possono:

- prevedere una 3° dose (aggiuntiva o booster);
- essere co-somministrati con tutti i vaccini previsti dal Piano Nazionale Prevenzione vaccinale compresi i vaccini antinfluenzali.

1) In qualità di familiare di un/una ospite della CRA/RSA, La invitiamo a leggere la *nota informativa* che troverà di seguito e a prendere contatto con la Coordinatrice della CRA/RSA (*specificare telefono e/o indirizzo mail*) per avere ulteriori informazioni sulla vaccinazione, utili a condividere con il personale sanitario e con il/la suo/a familiare la decisione di procedere (o non procedere) alla vaccinazione. Le chiediamo di restituire il modulo "*CONDIVISIONE CON I FAMILIARI PROPOSTA DI VACCINAZIONE COVID-19 con VACCINO COMIRNATY.*" compilato e firmato:

- direttamente al personale sanitario della struttura (*specificare a chi*)
- OPPURE mediante e-mail all'indirizzo (*specificare indirizzo di posta elettronica*):; in tal caso dovrà allegare fotocopia del suo documento di riconoscimento.

OPPURE

2) In qualità di familiare di un/una ospite della CRA, sarà invitata/o (SPECIFICARE QUANDO O COME PRENDERE APPUNTAMENTO) presso la struttura a prendere visione della "*nota informativa vaccinazione anti-COVID-19*" in occasione della quale verranno fornite informazioni sulla vaccinazione anti-COVID-19, utili a condividere con il personale sanitario e con il/la suo/a familiare la decisione di procedere (o non procedere) alla vaccinazione.

CONDIVISIONE CON I FAMILIARI
PROPOSTA DI VACCINAZIONE COVID -19 con VACCINO Pfizer-BioNTech

lo sottoscritto/a nato/a il.....

a..... tel

Indirizzo mail in qualità di **familiare di riferimento del / della Sig/Sig.ra**

nato/a il attualmente ospite c/o la CRA/RSA di

DICHIARO

- di essere stato/a informato/a dal/dalla Dr/Dr.ssa in collaborazione con l'infermiere/a sulla proposta di vaccinazione anti-covid-19 e/o vaccinazione contro in particolare sui vantaggi della/e vaccinazione/i e sui possibili effetti collaterali, precoci e tardivi, finora noti del vaccino Pfizer Covid-19;
- di aver compreso le informazioni di cui sopra e di aver ricevuto risposte esauritive alle mie domande e pertanto (barrare la voce che interessa):

CONCORDO	NON CONCORDO
con la proposta di procedere alla vaccinazione, coerente con gli orientamenti in tema di vaccinazione espressi e praticati dal/dalla paziente nel corso della sua vita	con la proposta di procedere alla vaccinazione per il seguente motivo:
Firma del familiare	Firma del familiare

Data	Firma del Medico
------	-------	------------------	-------