

**VACCINAZIONE ANTI-COVID19**  
**MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")**

<b>Nome e Cognome:</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita</b>
<b>Residenza:</b>	<b>Telefono:</b>
<b>Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale</b>	

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "....."
- 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 o di una rinuncia alla dose di richiamo (**dose "booster"**).
- 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.

<b>ACCONSENTO E AUTORIZZO</b> la somministrazione del vaccino "....."	<b>RIFIUTO</b> la somministrazione del vaccino "....."
<b>Data e luogo:</b>	<b>Data e luogo:</b>
<b>Firma</b> della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale .....	<b>Firma</b> della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale .....

**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**

<b>1. Nome cognome e ruolo (MEDICO)</b>	<b>2. Nome cognome e ruolo</b>
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con ..... dopo essere stato adeguatamente informato. <b>Firma</b> .....	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con ..... dopo essere stato adeguatamente informato. <b>Firma</b> .....

**La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**

**Dettagli operativi della vaccinazione**

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
<b>1° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					
<b>2° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					
<b>3° dose "Booster"</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					