

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - MODULO DI CONSENSO MINORENNI

Io sottoscritta/o nata/o il a
residente a telefono

Io sottoscritta/o nata/o il a
residente a telefono

genitori/genitore/legale rappresentante del minorenni:
nata/o il a e residente a.....(.....)

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso il foglio informativo del/dei vaccino/i: “.....”
- Ho riferito all’operatore sanitario le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i, anche in relazione allo stato di salute di mia/o figlia/o, ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stata/o correttamente informata/o con parole a me chiare. Ho compreso i benefici e i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia alla dose di vaccino
- Ho altresì compreso la possibilità che a mia/o figlia/o sia somministrata una dose di un altro vaccino come previsto dalla circolare del Ministero della Salute prot. n. 0027825-17/09/2024-DGPRES-DGPRES-P avente oggetto “indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2024/2025 anti COVID-19”
- Sono consapevole che, qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il Pediatra di mia/o figlia/o e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d’aspetto per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del/dei vaccino/i per assicurarmi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

IL GENITORE CHE SOTTOSCRIVE IL PRESENTE MODULO SINGOLARMENTE, CONSAPEVOLE CHE LE FALSE DICHIARAZIONI, LA FALSITÀ IN ATTI E L’USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (DPR 445/2000), DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI):

- CHE ESERCITA DA SOLO/A LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE;
 CHE L’ALTRO GENITORE NON PUÒ FIRMARE IL CONSENSO PERCHÉ ASSENTE PER
 LONTANANZA
 O IN ALTERNATIVA, IMPEDIMENTO (AI SENSI DELL’ART. 317 C.C.);
 CHE L’ALTRO GENITORE, IMPOSSIBILITATO A PREZENZIARE NELLA GIORNATA ODIERNA, HA PRESO VISIONE DELLA INFORMATIVA, È INFORMATO DELLA PROPOSTA VACCINALE E HA ESPRESO IL PROPRIO CONSENSO ALLA VACCINAZIONE INCARICANDO IL/LA SOTTOSCRITTO/A DI RIPORTARLO NELLA PRESENTE SEDE.

ACCONSENSO E AUTORIZZO	RIFIUTO
la somministrazione del/dei vaccino/i “.....”	la somministrazione del/dei vaccino/i “.....”
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma dei/del genitori/e o del legale rappresentante Genitore Genitore	Firma dei/del genitori/e o del legale rappresentante Genitore Genitore

1. Nome cognome e ruolo del professionista sanitario

Confermo che i/il genitori/e / legale rappresentante hanno/ha espresso **L’AUTORIZZAZIONE** **IL RIFIUTO**
alla vaccinazione con dopo essere stati/o adeguatamente informati/o.

Firma

Dettagli operativi della vaccinazione	Sito di iniezione		Lotto n.	Scadenza	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
Vaccino anti-COVID19	Braccio destro	Braccio sinistro					
	Braccio destro	Braccio sinistro					
	Braccio destro	Braccio sinistro					

VACCINAZIONE ANTICOID19 - TRIAGE PREVACCINALE

Da compilare a cura del vaccinando/genitori/representante legale e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Il minorenni: Data e luogo di nascita:		Telefono di riferimento: 1 2		
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?				
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)				
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?				
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?				
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?				
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?				
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:				
E' in stato di gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
Sta allattando?				
ANAMNESI COVID-CORRELATA		SI	NO	Non so
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?				
Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?				
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?				
- Dolore addominale/diarrea?				
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?				
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?				
TEST COVID19				
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente <input type="checkbox"/> Test COVID19 negativo - data <input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo - data..... <input type="checkbox"/> In attesa di test COVID19 - data				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su suo stato di salute				
Data e Luogo	Firma del genitore o del legale rappresentante	Firma del genitore o del legale rappresentante		