



CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTI COVID-19

“COVID-19 Vaccine AstraZeneca”

(Fonte Ministero della Salute Nota 1051/COV19-09-02-2021)

Nome _____ Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____

N°. tessera sanitaria _____ CF _____

Recapito telefonico _____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa Vaccinazione “COVID-19 Vaccine AstraZeneca”*, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la *“Scheda Anamnestica Vaccinazione Anti COVID-19”*.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto 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 al completamento della vaccinazione con la seconda dose.

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*.

Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino “COVID –19 Vaccine AstraZeneca”

Luogo e Data _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale _____

Rifiuto la somministrazione del vaccino “COVID-19 Vaccine AstraZeneca”.

Data e Luogo _____

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale _____

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

1. Nome e Cognome _____

Ruolo _____

Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Data _____

Firma _____

2. Nome e Cognome _____

Ruolo _____

Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Data _____

Firma _____