

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
MODULO DI CONSENSO MINORENNI

|                         |                 |         |
|-------------------------|-----------------|---------|
| Io sottoscritta/o ..... | nata/o il ..... | a ..... |
| Residente a .....       | telefono .....  |         |
| Io sottoscritta/o ..... | nata/o il ..... | a ..... |
| Residente a .....       | telefono .....  |         |

- 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 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 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 vaccino .....
- Ho altresì compreso la possibilità che a mia/o figlia/o sia somministrato una dose di un altro vaccino come previsto dalla circolare del Ministero della Salute prot. n. 0030088-27/9/2023-DGPRES-DGPRES-P avente oggetto “*indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2023/2024 anti COVID-19.*”
- Sono consapevole che, qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante 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 assicurarsi 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 PRESENZIARE NELLA GIORNATA ODIERNA, HA PRESO VISIONE DELLA INFORMATIVA, È INFORMATO DELLA PROPOSTA VACCINALE ED HA ESPRESSO IL PROPRIO CONSENSO ALLA VACCINAZIONE INCARICANDO IL/LA SOTTOSCRITTO/A DI RIPORTARLO NELLA PRESENTE SEDE.

| <b>ACCONSENSO E AUTORIZZO</b>                         | <b>RIFIUTO</b>  |
|---|---|
| la somministrazione del/dei vaccino/i                 | la somministrazione del/dei vaccino/i                 |
| “ .....”  | “ .....”  |
| <b>Data e luogo:</b>                                  | <b>Data e luogo:</b>                                  |
| <b>Firma</b> del genitore o del legale rappresentante | <b>Firma</b> del genitore o del legale rappresentante |
| .....   | .....   |

**Professionisti sanitari dell’equipe vaccinale**

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Nome cognome e ruolo</b>   |  |
| .....  |  |
| Confermo che il genitore/legale rappresentante ha espresso <input type="checkbox"/> <b>L’AUTORIZZAZIONE</b> <input type="checkbox"/> <b>IL RIFIUTO</b><br>alla vaccinazione con ..... dopo essere stato adeguatamente informato. |  |
| <b>Firma</b> .....   |  |

**Dettagli operativi della vaccinazione**

|                            | Sito di iniezione |                  | Lotto n. | Scad. | Luogo di somministrazione | Data ora | Firma sanitario |
|----------------------------|-------------------|------------------|----------|-------|---------------------------|----------|-----------------|
|                            | Braccio destro    | Braccio sinistro |          |       |                           |          |                 |
| <b>anti-COVID-19</b>       | Braccio destro    | Braccio sinistro |          |       |                           |          |                 |
| <b>Altro vaccino</b> ..... | Braccio destro    | Braccio sinistro |          |       |                           |          |                 |

**VACCINAZIONE Anti-COVID19 TRIAGE PREVACCINALE**

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

| Il minorenni: .....   |  | Telefono di riferimento:                             |    |        |
|---|--|--|----|--------|
| Data e luogo di nascita: .....  |  | .....  |    |        |
| .....   |  | .....  |    |        |
| ANAMNESI  |  | SI'  | NO | Non so |
| Attualmente è malato?   |  |  |    |        |
| Ha febbre?  |  |  |    |        |
| Soffre di allergie al latte, 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?<br>(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?<br>.....   |  |  |    |        |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti?   |  |  |    |        |
| Specifici di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: .....  |  |  |    |        |
| .....   |  |  |    |        |
| è 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 <b>È</b> 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 COVID-19   |  |  |    |        |
| <input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente   |  |  |    |        |
| <input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo    Data .....   |  |  |    |        |
| <input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo    Data.....  |  |  |    |        |
| <input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19    Data .....   |  |  |    |        |
| Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:<br>.....  |  |  |    |        |
| .....   |  |  |    |        |
| Data e luogo  |  | Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale |    |        |