

**SCHEDA ANAMNESTICA ALLA VACCINAZIONE ANTICOID-19  
IN FARMACIA CONVENZIONATA**

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

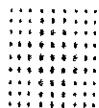
Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte SI o Non so, ad eccezione del quesiti n. 5 e 12, dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

Nome e Cognome		Data e luogo di nascita			
Codice fiscale o tessera sanitaria		Telefono			
QUESITI			SI'	NO	Non so
1) Attualmente è malato?					
2) Ha febbre?					
3) Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: .....					
4) Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?					
5) Soffre di malattie cardiache, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad es. asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi non rientranti nell'elenco posto in allegato A di seguito riportato?					
6) Rispetto al quesito precedente (5) dall'ultima dose somministrata le è stata diagnosticata un'altra patologia cronica o è mutato il quadro clinico preesistente?					
7) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)					
8) 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?					
9) Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?					
10) Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?					
11) Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A					
12) Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....					
13) Sta assumendo farmaci anticoagulanti?					
14) Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2o affetta da COVID-19?					
Manifesta uno dei seguenti sintomi:					
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?					
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?					
- Dolore addominale/diarrea?					
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?					
15) A seguito delle precedenti dosi di vaccino si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche?					
16) Progressiva infezione da COVID-19 negli ultimi 120 giorni? Se sì, quando: .....					
17) E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?					
18) Sta allattando?					

Ha riscontrato eventuali sospette reazioni avverse comparse dopo le precedenti dosi di vaccino? Se sì quali:

.....

Data e luogo		Firma del vaccinando	
--------------	--	----------------------	--



VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
MODULO DI CONSENSO

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

- 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/dei vaccino/i: "....."
- 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/ai vaccino/i 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" o "second booster").
- Ho altresì compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02/10/2021 "Intervallo temporale tra la somministrazione dei vaccini anti-SARS-CoV-2/COVID-19 e altri vaccini"
- 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/dei vaccino/i per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

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

**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**

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

*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
	Braccio destro	Braccio sinistro					
3° dose anti-COVID-19 richiamo	Braccio destro	Braccio sinistro					
4° dose anti-COVID-19 richiamo	Braccio destro	Braccio sinistro					
Altro vaccino	Braccio destro	Braccio sinistro					