

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO PER MINORI

DOSE:

COGNOME NOME DEL MINORE _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ ETA' (anni compiuti) _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)

DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRO SOGGETTO TITOLARE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE

Genitore (Nome Cognome) _____ _____ nato a _____ il _____ tel _____
Genitore (Nome Cognome) _____ _____ nato a _____ il _____ tel _____

Titolare della responsabilità genitoriale (Nome Cognome) _____ _____ nato a _____ il _____ tel _____ Estremi del Provvedimento del Tribunale dei Minori di _____ n° _____ del _____

SCHEDA ANAMNESTICA DEL MINORE

(da compilare da parte del genitore e da riesaminare insieme agli operatori sanitari addetti alla vaccinazione)

Il minore è attualmente malato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha febbre?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì, specificare:</i>		
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì, specificare:</i>		
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
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 (radioterapia)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Durante lo scorso anno ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì, quali:</i>		

Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare nello spazio "terapia")	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per le <u>donne</u> : sta allattando?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Patologie da cui è affetto/a:		
Terapia Farmacologica che sta assumendo:		
ANAMNESI COVID19-CORRELATA		
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 o affetta da Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
E' attualmente sottoposto al regime di quarantena fiduciaria?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Manifesta dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha effettuato un test Covid-19? <input type="checkbox"/> Nessun test Covid <input type="checkbox"/> Test Covid19 NEGATIVO: Data..... <input type="checkbox"/> Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo): <input type="checkbox"/> In attesa esito test Covid19 effettuato in data		
Per coloro che effettuano la 2° dose di vaccino anti-Covid 19:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto reazioni dopo la 1° dose?		
Se sì, quali?		
Se sì, sono state segnalate ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

CONSENSO INFORMATO PER IL MINORE

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità dichiaro che:

- Ho letto e ho compreso le informazioni contenute nella nota informativa del vaccino che è stato offerto per il minore.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore, ottenendo risposte esaurienti.
- Ho compreso i rischi e i benefici della vaccinazione.
- Ho compreso che qualora si verificasse un qualsiasi effetto collaterale di informare immediatamente il medico curante del minore.
- Accetto che il minore rimanga nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti, salvo diversa indicazione, dopo la vaccinazione per valutare che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Accenso e autorizzo la somministrazione del vaccino

Rifiuto la somministrazione del vaccino


A CURA DELL'OPERATORE

CATEGORIA VACCINALE: _____		IDONEO VACCINO?	Osservazione PostVaccinale
TIPO VACCINO 1° DOSE <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna)	TIPO VACCINO 2° DOSE <input type="radio"/> Pfizer-Biontech Comirnaty <input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 15 minuti <input type="checkbox"/> 30 minuti <input type="checkbox"/> 60 minuti

SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX
----------------	-----------------------------	-----------------------------

FIRMA DEL GENITORE

FIRMA DEL GENITORE

NOTA BENE - In caso sia presente un solo genitore, questi deve compilare il Modulo "VACCINAZIONE ANTICOVID19 – IN ASSENZA DI UNO DEI GENITORI" (Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR 1812/2000 n° 445)

FIRMA TITOLARE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE ____/____/____

SEDE VACCINALE : _____

FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)

FIRMA VACCINATORE (leggibile)