A

Vaccinazione Anti-Covid 19

Consenso al trattamento dei dati personali

_____ **sottoscritt**___ **(cognome e nome)**_____

_____

nat ___ **a** _____ **prov.** _____ **il** _____

Codice fiscale _____

residente a _____

via _____ **,n°** _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____ / ____ / _____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo _____

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,
Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al
trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.

2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.

3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.

4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.
Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.

5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma

6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).

Dati personali

B

Vaccinazione Anti-Covid 19

Autocertificazione

___ sottoscritt __(cognome e nome) _____

_____

nat __ a _____ **prov.** _____ **il** _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- ☐ Frequenza comunità (es.asilo)
- ☐ Convivente di soggetto ad alto rischio
- ☐ Detenuto
- ☐ Età > 60
- ☐ Forze di Polizia
- ☐ Vigili del Fuoco
- ☐ Donna in gravidanza
- ☐ Operatore Sanitario
- ☐ Operatori non Sanitari
- ☐ Anziani Lungodegenza
- ☐ Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta
- ☐ Personale di Laboratorio
- ☐ Residenza in area a maggior rischio
- ☐ Altra attività lavorativa a rischio
- ☐ Donatori di Sangue
- ☐ Operatore Scolastico
- ☐ Staff strutture di Lungodegenza
- ☐ Studente dell'Area Sanitaria
- ☐ Volontario del settore della Sanità
- ☐ Altro
- ☐ Soggetto vulnerabile per Patologia
- ☐ Nessuna indicazione

☐ **Dichiaro di aver già ricevuto una 1°dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia** _____

della tipologia _____ **in data** _____

☐ **Dichiaro di aver già ricevuto una 2°dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia** _____

della tipologia _____ **in data** _____

Data ___ / ___ / ___

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Autocertificazione

C

Vaccinazione Anti-Covid 19

Scheda Anamnestica

Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui l'etichetta adesiva

Anamnesi

Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

1	Attualmente è malato?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
2	Ha febbre?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
3	Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: _____	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
5	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malatte renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
6	Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
7	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?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
8	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
9	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
10	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
	Per le donne:			
11	È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
12	Sta allattando?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

_____

_____

Scheda Anamnestica

Anamnesi COVID-correlata

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **NON SO**

2 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?

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **NON SO**

4 Test COVID-19:

- ☐ **Nessun test** COVID-19 recente
- ☐ Test COVID-19 **negativo** in data: ____ / ____ / _____
- ☐ Test COVID-19 **positivo** in data: ____ / ____ / _____
- ☐ **In attesa** di test COVID-19 in data: ____ / ____ / _____

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____

Agg.to al 27/09/2021

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")

Nome e Cognome: …….	
Data di nascita: …….	Luogo di nascita: ……..
Residenza: …… ……	Telefono: …… ……..
Tessera sanitaria (se disponibile): N. ……..	

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 vaccino: "_____"

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 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 alla dose di richiamo (dose "booster").

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.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "_____".

Data e Luogo _____

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino "_____".

Data e Luogo _____

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

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1.Nome e Cognome (Medico)_____

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

Firma _____

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

_____

Ruolo_____

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

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.

E

DETTAGLI OPERATIVI DELLA VACCINAZIONE

PRIMA DOSE

SITO DI INIEZIONE		LOTTO N°	DATA DI SCADENZA	LUOGO SOMMINISTRAZIONE	DATA E ORA SOMMINISTRAZIONE
☐ BRACCIO DESTRO	☐ BRACCIO SINISTRO	_____	___/___/_____	_____	___/___/_____

Nome Sanitari

_____

_____

SECONDA DOSE

SITO DI INIEZIONE		LOTTO N°	DATA DI SCADENZA	LUOGO SOMMINISTRAZIONE	DATA E ORA SOMMINISTRAZIONE
☐ BRACCIO DESTRO	☐ BRACCIO SINISTRO	_____	___/___/_____	_____	___/___/_____

Nome Sanitari

_____

_____

TERZA DOSE

SITO DI INIEZIONE		LOTTO N°	DATA DI SCADENZA	LUOGO SOMMINISTRAZIONE	DATA E ORA SOMMINISTRAZIONE
☐ BRACCIO DESTRO	☐ BRACCIO SINISTRO	_____	___/___/_____	_____	___/___/_____

Nome Sanitari

_____

_____