



## CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTI COVID-19

### “COVID-19 Vaccine AstraZeneca”

(Fonte Ministero della Salute Nota 1051/COV19-09-02-2021 –  
Circolare MDS 0012238-25/03/2021-DGPRES-DGPRES-P)

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 redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: COVID-19 Vaccine AstraZeneca.

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 al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

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.

**Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.**

**Acconsento 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 \_\_\_\_\_