



**Щеплення проти Covid-19 Форма згоди**

**(CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE ANTI COVID-19 MAGGIORENNI)**

Ім'я – Nome \_\_\_\_\_

Прізвище – Cognome \_\_\_\_\_

Індивідуальний податковий номер (необов'язковий) - Codice Fiscale (facoltativo)

Телефон - Numero di telefono \_\_\_\_\_

Місце і дата народження - Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Місце проживання - Residenza \_\_\_\_\_

**ЮРИДИЧНИЙ ПРЕДСТАВНИК - Rappresentante Legale**

Ім'я та прізвище - Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Індивідуальний податковий номер (необов'язковий) - Codice Fiscale (facoltativo)

**Я прочитав, отримав пояснення зрозумілою мені мовою і повністю усвідомив зміст інформаційної записки, складеної Італійською агенцією з лікарських засобів (AIFA) щодо обраної нижче вакцини; копію записки я отримав**

*(Ho letto, ricevuto una spiegazione in una lingua comprensibile e compreso appieno il contenuto della nota informativa compilata dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il vaccino selezionato di seguito e ne ho ricevuto una copia;)*

**Я заповнив і перевірів разом із медичним працівником карту для збору анамнезу, вказавши поточні та/або попередні патології, а також терапію, яку зараз проходжу.**

*(Ho compilato e verificato con l'operatore sanitario una scheda di anamnesi, indicando attuali e/o precedenti patologie, così come la terapia che sto attualmente assumendo;)*

**У присутності медичного працівника, відповідального за вакцинацію, я поставив питання щодо вакцини та стану свого здоров'я і отримав вичерпні відповіді, які цілком зрозумів.**

*(Alla presenza dell'operatore sanitario preposto alla vaccinazione, ho chiesto informazioni sul vaccino e sulle condizioni della mia salute e ha ricevuto risposte esaurienti, che ho compreso appieno;)*

**Я був належним чином поінформований у зрозумілих для мене термінах, усвідомив користь і ризики вакцинації, методи та терапевтичні альтернативи, а також наслідки відмови від вакцинації або відмови від її завершення.**

*(Sono stato adeguatamente informato in un modo che ho capito, ho realizzato i benefici e i rischi della vaccinazione, dei metodi e delle alternative terapeutiche, nonché le conseguenze del rifiuto o del completamento della vaccinazione;)*



**Я усвідомлюю, що у разі виникнення будь-яких побічних ефектів я зобов'язаний негайно повідомити про це свого лікаря та дотримуватися його вказівок.**

*(Ho compreso che, in caso di effetti collaterali, devo informare immediatamente il mio medico e seguirle sue istruzioni.)*

**Я згоден залишатися в кімнаті очікування протягом щонайменше 15 хвилин після введення вакцини, щоб переконатися у відсутності негайних побічних реакцій.**

*(Accetto di rimanere in sala d'attesa per almeno 15 minuti dopo il vaccino per essere sicuro di non avere nessun effetto collaterale immediato.)*

**проведення щеплення проти Covid-19 вакциною - Vaccino anti Covid-19**

( \_\_\_\_\_ )

**Дата - Data** \_\_\_\_\_

**Місце, де проводиться щеплення - Luogo** \_\_\_\_\_

**Підпис пацієнта / Юридичний представник - Firma del paziente / Rappresentante legale**

\_\_\_\_\_

**Operatore sanitario del Centro Vaccinale**  
**Медичний працівник групи, яка проводить вакцинацію**

**Nome - Ім'я** \_\_\_\_\_

**Cognome – Прізвище** \_\_\_\_\_

**Ruolo – роль** \_\_\_\_\_

Confermo che la persona ha acconsentito alla vaccinazione dopo essere stata correttamente informata.

**Підтверджую, що особа, якій проводиться щеплення, висловила свою згоду на вакцинацію після того, як вона була належним чином поінформована.**

**Firma dell'operatore - Підпис оператора** \_\_\_\_\_