



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 _____