



VACCINAZIONE ANTICOVID19

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Data e luogo, **Bassano del Grappa, 12/8/2021**



	Tel.
Tessera sanitaria 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 e i rischi della Vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o 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 in sala d'aspetto per 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Luogo e data, **Bassano del Grappa, 12/8/2021**

**Accenso ed autorizzo** la somministrazione del vaccino \_\_\_\_\_

firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante \_\_\_\_\_

**Rifiuto** la somministrazione del vaccino

firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante \_\_\_\_\_

**Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

Nome e Cognome (medico) \_\_\_\_\_

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

Nome e Cognome (medico o altro Professionista Sanitario) \_\_\_\_\_

Ruolo:  Infermiere  Assistente Sanitario  \_\_\_\_\_

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

*La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.*