



CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTI COVID-19

PFIZER-BIONTECH COVID-19" COMIRNATY*

(fonte Ministero della Salute Nota N. 0042164-24-12-2020)

Nome _____ Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____ Tessera sanitaria _____

Recapito telefonico _____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa Vaccinazione anti COVID-19 COMIRNATY* - PFIZER*, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la *Scheda Anamnestica Vaccinazione Anti -COVID-19*

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto 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.

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 della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-**BioNTech COVID-19" COMIRNATY* - PFIZER**

Data eLuogo _____

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" COMIRNATY* - **PFIZER**.

Data eLuogo _____

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 _____