

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 (Modulo di consenso dose di richiamo)

Nome e Cognome:		
Data di nascita	Età	Ultima dose di vaccino somministrata
Residenza		Telefono

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: **"SPIKEVAX (Moderna)"**. 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 alla dose di richiamo (dose "booster"). 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 del vaccino SPIKEVAX (Moderna). Beinasco, li _____

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

X _____

Rifiuto la somministrazione del vaccino SPIKEVAX (Moderna). Beinasco, li _____

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

X _____

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale della Casa della Salute di Borgaretto Beinasco

Nome e Cognome (Medico) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

Nome e Cognome (Infermiere) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____