



VACCINAZIONE ANTICOVID19

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

data e luogo _____

NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
RESIDENZA	TEL
Tessera sanitaria N	

Ho letto, mi è stata illustrata e ho compreso la nota informativa di cui ricevo copia e ho compilato e riesaminato col Personale Sanitario la Scheda anamnestica.

Al Personale sanitario ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ricevendo risposte esauriente da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole 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 second 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 in sala d'aspetto per 15 min. dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino Pfizer-Bion-TechCOVID-19

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante

RIFIUTO la somministrazione del, vaccino Pfizer-Bion-TechCOVID-19

firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante

data e luogo _____

PERSONALE SANITARIO CHE EFFETTUA LA VACCINAZIONE

Nome e Cognome _____ ruolo _____

Nome e Cognome _____ ruolo _____

Si conferma che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione dopo essere stato adeguatamente informato

Firma _____

Firma _____

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA