



VACCINAZIONE ANTI-COVID19
 MODULO DI CONSENSO
Comirnaty PFIZER - 10 microgrammi/dose

BAMBINI
 età 5-11 anni

COGNOME	NOME	
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	TEL	
CODICE FISCALE	ETÀ (anni compiuti)	

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:

“Comirnaty PFIZER - 10 microgrammi/dose” per BAMBINI di età 5-11 anni

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 allo stato di salute del mio bambino/a 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, 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 nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Luogo e data:

Accenso ed autorizzo la somministrazione del vaccino **“Comirnaty PFIZER - 10 mgr/dose”**.

.....
firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante

Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”.

.....
firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante

PROFESSIONISTI SANITARI DELL’EQUIPE VACCINALE

1. Cognome e Nome (Medico) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato. *Firma:*

2. Cognome e Nome (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.