



ISTITUTO BASSANO CREMONESINI-ONLUS-

Via Roma 1, 25026 Pontevecchio (BS)

C.F.: 88002090178 P.IVA: 00727290983

Tel:030/9930455 fax: 030/9307477

**VACCINAZIONE ANTI-COVID19 MODULO DI CONSENSO
(DOSE DI RICHIAMO - "SECOND BOOSTER")**

Nome e Cognome: Data di nascita:

Luogo di nascita: 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: "_____". 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 "second booster").

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò 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.

Riferimenti normativi: 0021209-08/04/2022-DGPRES-DGPRES-P

Accenso ed autorizzo la somministrazione del vaccino "_____".

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino "_____".

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

* * * * *

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome (Medico): _____

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

Firma _____

2. Nome e Cognome (Infermiere): _____

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

Firma _____

Tipologia di vaccino	Sito di iniezione	Lotto n.	Scadenza	Data / ora della somministrazione	Firma
4° dose	Braccio destro Braccio sinistro				