



Dati personali

_____ sottoscritt__ (cognome e nome) _____

_____ nat__ a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente a _____

via _____, n° _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____/____/____

Luogo _____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.
Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- 6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).



Autocertificazione

_____ sottoscritt__ (cognome e nome) _____

nat__ a _____ prov. _____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____



Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiaro sotto la propria responsabilità di essere:

- Personale Docente UNIPA Personale TAB Unipa
 Altro personale UNIPA, Se si specificare _____

Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese _____
della tipologia _____ in data _____

Data ___/___/___

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)



Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____



Anamnesi

Da compilare a cura del **Vaccinando** e da riesaminare insieme ai **Professionisti Sanitari** addetti alla vaccinazione.

- | | | | | | | | |
|----------------------|---|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| 1 | Attualmente è malato? | <input type="checkbox"/> | SI | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO | |
| 2 | Ha febbre? | <input type="checkbox"/> | SI | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO | |
| 3 | Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 4 | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | <input type="checkbox"/> | SI | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO | |
| 5 | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 6 | Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 7 | Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | <input type="checkbox"/> | SI | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO | |
| 8 | Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 9 | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 10 | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| <i>Per le donne:</i> | | | | | | | |
| 11 | È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 12 | Sta allattando? | <input type="checkbox"/> | SI | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO | |

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:



Anamnesi COVID-correlata

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? SI NO NON SO

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
 - Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
 - Dolore addominale/diarrea?
 - Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?
-

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? SI NO NON SO

4 Test COVID-19:

- Nessun test COVID-19 recente
 - Test COVID-19 **negativo** in data: ___/___/_____
 - Test COVID-19 **positivo** in data: ___/___/___ In attesa di test COVID-19 in data: ___/___/_____
-

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____



Consenso

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo residenza _____

Telefono _____

Codice fiscale _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____



Applica qui
l'etichetta
adesiva

- Ho ricevuto, letto e compreso la **Nota Informativa**
- Ho compilato e riesaminato con il Personale Sanitario la **Scheda Anamnestica**
- Ho posto domande in presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione, in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti.
- Sono stato correttamente informato ed ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche.
- Acconsento, richiedo ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **“Oxford AstraZeneca”**
- 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 _____ minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino *reazioni avverse immediate*.

Data ___/___/___

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo _____

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

Nome e Cognome _____ Ruolo _____

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

Firma sanitario _____

Nota Informativa

- 1 Il vaccino COVID-19 Vaccine AstraZeneca è usato al fine di prevenire la malattia COVID-19 causata dal virus SARS-CoV-2.
- 2 Il vaccino induce il nostro organismo ad attivare un meccanismo di protezione (quale la produzione di anticorpi) capace di prevenire l'ingresso nelle nostre cellule del virus responsabile di COVID-19 e di prevenire quindi l'insorgere della malattia.
- 3 Il vaccino COVID-19 Vaccine AstraZeneca può essere somministrato a partire dai 18 anni d'età.
- 4 Il vaccino non può essere somministrato alle donne in gravidanza.
- 5 Il vaccino è somministrato mediante iniezione nella parte alta del braccio. Esso richiede 2 dosi, a distanza di 28-84 giorni l'una dall'altra.
È molto importante che Lei ritorni per la seconda somministrazione, altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare.
Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al proprio Medico curante o alla struttura che le ha somministrato la prima dose.
- 6 Possono essere necessari fino a 7 giorni dopo la seconda dose del vaccino per sviluppare la protezione contro il COVID-19. Il vaccino potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono. Infatti l'efficacia stimata dalle sperimentazioni cliniche (dopo due dosi di vaccino) è del 95% e potrebbe essere inferiore in persone con problemi immunitari. Anche dopo somministrazione di entrambe le dosi del vaccino, **si raccomanda** di continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni delle autorità locali per la sanità pubblica, al fine di prevenire la diffusione del COVID-19
- 7 COVID-19 Vaccine AstraZeneca è un vaccino monovalente composto da un singolo vettore ricombinante di adenovirus di scimpanzé con deficit di replicazione (ChAdOx1) che codifica per la glicoproteina S di SARS-CoV-2. L'immunogeno SARS-CoV-2 S nel vaccino è espresso in conformazione di prefusione trimerica; la sequenza codificante non è stata modificata per stabilizzare la proteina S espressa in conformazione di prefusione. Dopo la somministrazione, la glicoproteina S di SARS-CoV-2 viene espressa localmente stimolando gli anticorpi neutralizzanti e le risposte immunitarie cellulari, che possono contribuire alla protezione contro COVID-19. Esso contiene:
 - L-istidina
 - L-istidina cloridrato monoidrato
 - Magnesio cloruro esaidrato
 - Polisorbato 80 (E 433)
 - Etanolo
 - Saccarosio
 - Sodio cloruro
 - Disodio edetato (diidrato)
 - Acqua per preparazioni iniettabili
- 8 Il vaccino può causare **reazioni avverse**. Tali reazioni possono essere:
MOLTO COMUNI (*possono interessare più di 1 paziente su 10*): dolore al sito di iniezione, stanchezza, mal di testa, dolori muscolari, brividi, dolori articolari, febbre
NON COMUNI (*possono interessare fino a 1 paziente su 100*): ingrossamento dei linfonodi
RARE Sono state segnalate alcune rare gravi reazioni allergiche in seguito alla somministrazione del vaccino COVID-19 Vaccine AstraZeneca durante la vaccinazione di massa, al di fuori degli studi clinici. I sintomi di una reazione allergica includono: orticaria (protuberanze sulla pelle che sono spesso molto pruriginose), gonfiore del viso, della lingua o della gola, respirazione difficoltosa.

In caso di sintomi gravi o sintomi che potrebbero essere correlati ad una reazione allergica, consultare immediatamente il proprio Medico curante o ricorrere a strutture di pronto soccorso. Negli studi clinici non sono stati osservati decessi correlati alla vaccinazione. L'elenco di reazioni avverse sovraesposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino COVID-19 Vaccine AstraZeneca. Se Lei manifesta un qualsiasi effetto indesiderato non elencato informi immediatamente il proprio Medico curante.
- 9 Non si può contrarre la malattia COVID-19 in seguito alla somministrazione del vaccino perché il vaccino inoculato non può indurre la replicazione del virus.
10. Non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza.

Avvenuta somministrazione



Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

Firma sanitario _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva