

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE E/O ANTI COVID-19  
MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	
Breve descrizione dell'appartenenza alla seguente categoria a rischio che dà diritto alla somministrazione gratuita del vaccino antinfluenzale: .....	

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la documentazione relativa alla vaccinazione:  
“ .....”
- Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i 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.
- Sono consapevole che qualora si verificassero 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.

<b>ACCONSENTO E AUTORIZZO</b> la somministrazione del/dei vaccino/i “ .....”	<b>RIFIUTO</b> la somministrazione del/dei vaccino/i “ .....”
<b>Data e luogo:</b>	<b>Data e luogo:</b>
<b>Firma</b> della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale .....	<b>Firma</b> della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale .....

**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**

<b>1. Nome cognome e ruolo (FARMACISTA)</b> .....	<b>2. Nome cognome e ruolo</b> .....
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con ..... dopo essere stato adeguatamente informato. <b>Firma</b> .....	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con ..... dopo essere stato adeguatamente informato. <b>Firma</b> .....

**La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Professionista Sanitario, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**

**Dettagli operativi della vaccinazione**

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
Antinfluenzale	Braccio destro	Braccio sinistro					
anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					

**ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE  
e/o ANTI COVID-19 ELENCO QUESITI**

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari  
addetti alla vaccinazione

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Sì o Non so, **ad eccezione dei quesiti n. 1, 6, 12 e 13** dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

Nome e Cognome		Data e luogo di nascita				
Codice fiscale o tessera sanitaria		Telefono				
<b>QUESITI</b>				<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>Non so</b>
1) Ha già ricevuto la somministrazione di un'analogia tipologia di vaccino? Solo in caso di risposta positiva potrà essere eseguita la vaccinazione in farmacia. Se sì, quale: .....						
2) Attualmente è malato?						
3) Ha febbre?						
4) Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: .....						
5) Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?						
6) Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione?						
7) Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A						
8) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)						
9) Negli ultimi 3 mesi, ha assunto in modo continuativo farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci anti-tumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?						
10) Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?						
11) Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?						
12) Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....						
13) Sta assumendo farmaci anticoagulanti?						
14) E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?						
15) Sta allattando?						
Data e luogo		Firma del vaccinando				

**Allegato A al Modulo idoneità/non idoneità alla vaccinazione in Farmacia convenzionata  
ELENCO DELLE PATOLOGIE CHE DEFINISCONO IL CITTADINO ESTREMAMENTE VULNERABILE E  
CHE DETERMINANO L'INVIO AL MEDICO CURANTE O ALTRO SERVIZIO**  
(secondo quanto definito dall'allegato 2 della circolare Min.Sal. del 11 luglio 2022)

<b>Aree di patologia/condizione</b>	<b>Definizione della condizione</b>
Malattie respiratorie	- Fibrosi polmonare idiopatica; - Malattie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia.
Malattie cardiocircolatorie	- Scompenso cardiaco in classe avanzata (III – IV NYHA); - Pazienti post-shock cardiogeno.
Malattie neurologiche	- Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone; - Sclerosi multipla; - Distrofia muscolare; - Paralisi cerebrali infantili; - Miastenia gravis; - Patologie neurologiche disimmuni.
Diabete / altre endocrinopatie severe	- Diabete di tipo 1; - Diabete di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci per il diabete o con complicanze; - Morbo di Addison; - Panipopituitarismo.
Malattie epatiche	- Cirrosi epatica
Malattie cerebrovascolari	- Evento ischemico-emorragico cerebrale con compromissione dell'autonomia neurologica e cognitiva - Stroke nel 2020-22; - Stroke antecedente al 2020 con ranking $\geq 3$ .
Emoglobinopatie	- Talassemia major; - Anemia a cellule falciformi; - Altre anemie gravi.
Altro	- Fibrosi cistica; - Sindrome di Down; - Grave obesità (BMI >35);
- Disabilità (fisica, sensoriale, intellettuale e psichica)	- Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3