

INTEGRAZIONE NOTA INFORMATIVA VACCINAZIONE COVID-19

A seguito della somministrazione della prima dose di vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19", il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ dichiara di *aver manifestato/non aver manifestato* reazioni allergiche Immediate (inclusa Anafilassi) e precisamente:

Segni/Sintomi	Ho manifestato	Non ho manifestato
Sistemici: Sensazione di morte imminente		
Cutanei: prurito, orticaria, arrossamento cutaneo, pomfi, angioedema		
Neurologici: confusione, disorientamento, vertigini, debolezza, perdita di coscienza		
Respiratori: fiato corto, respiro sibilante, broncospasmo, stridore, difficoltà respiratorie, edema della glottide;		
Cardiovascolari: Ipotensione, tachicardia		
Gastrointestinali: nausea, vomito, crampi addominali, diarrea		

Osservazioni del medico:

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la presente Nota Informativa.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della seconda dose della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo _____

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

Rifiuto la somministrazione della seconda dose del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo _____

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

A cure del Personale Sanitario

1. MEDICO CHE RACCOGLIE DATI ANAMNESTICI

Nome e Cognome _____
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
Firma _____

2. INFERMIERE CHE SOMMINISTRA IL VACCINO

Nome e Cognome _____
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
Firma _____

ANAGRAFICA	COGNOME	NOME	SESSO	ETA'	TELEFONO		
DATA II DOSE							
TIPO REAZIONE (*; §)							
DOLORE/GONFIORE SITO INIEZIONE	ASTENIA	CEFALEA	FEBBRE	ARTRALGIA	MIALGIA/ BRIVIDI	ERUZIONE CUTANEA	ANAFILASSI ALTRO
ALLERGIA (§)	INALANTI	ALIMENTI	FARMACI	CONTATTO			
PATOLOGIA IN ATTO	MALATTIA AUTOIMMUNE	DIABETE	NEOPLASIE EMATOLOGICHE	NEOPLASIE SOLIDE	ID PRIMITIVA	PATOLOGIA O20	SPLENECTOMIA ALTRO
TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA	CHEMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	CORTISONICI	BIOLOGICI	ALTRO		
GRAVIDANZA		ALLATTAMENTO					
PREGRESSA COVID-19							

(*) Intensità: + lieve; ++ moderata; +++ grave (S) Compilare segnalazione evento avverso AIFA (S) Specificare manifestazione clinica