

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19

### MODULO DI CONSENSO

|                                                |                             |
|------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nome e Cognome:<br>.....                       |                             |
| Data di nascita:<br>.....                      | Luogo di nascita:<br>.....  |
| Residenza:<br>.....<br>.....                   | Telefono:<br>.....<br>..... |
| Tessera sanitaria (se disponibile):<br>N. .... |                             |

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 (BioNTech/Pfizer)”

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 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.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “ COMIRNATY (BioNTech/Pfizer) ”.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione del vaccino “ COMIRNATY (BioNTech/Pfizer) ”.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

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 (Medico o altro Professionista Sanitario)

\_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

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.***

## **ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTI-COVID-19**

### **NOTA INFORMATIVA**

#### **COMIRNATY (BioNTech/Pfizer)**

##### **Cos'è Comirnaty e a cosa serve**

Comirnaty è un vaccino utilizzato per la prevenzione di COVID-19, malattia causata dal virus SARS-CoV-2. Comirnaty viene somministrato agli adulti e agli adolescenti di età pari o superiore a 16 anni. Il vaccino induce il sistema immunitario (le difese naturali dell'organismo) a produrre gli anticorpi e le cellule del sangue attive contro il virus, conferendo così una protezione anti COVID-19. Poiché Comirnaty non contiene il virus per indurre l'immunità, non può trasmettere COVID-19.

##### **Cosa deve sapere prima di ricevere Comirnaty**

Comirnaty non deve essere somministrato se è allergico al principio attivo o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale (elencati di seguito).

##### **Avvertenze e precauzioni**

Si rivolga al medico o all'operatore sanitario del centro vaccinale prima di ricevere il vaccino se:

- ha avuto una grave reazione allergica o problemi respiratori dopo l'iniezione di un altro vaccino o dopo avere ricevuto Comirnaty in passato;
- è svenuto dopo un'iniezione;
- ha una malattia o un'infezione grave con febbre alta. Tuttavia, se ha una febbre lieve o un'infezione delle vie respiratorie superiori (come un raffreddore) potrà comunque ricevere la vaccinazione;
- ha un problema di sanguinamento, una tendenza alla formazione di lividi, o se usa medicinali per prevenire la formazione di coaguli di sangue;
- ha un sistema immunitario indebolito, a causa di una malattia come l'infezione da HIV, o di medicinali che influenzano il sistema immunitario, come i corticosteroidi.

##### **Altri medicinali e Comirnaty**

Informi il medico o l'operatore sanitario del centro vaccinale se sta usando, ha recentemente usato o potrebbe usare qualsiasi altro medicinale, o se le è stato somministrato di recente qualsiasi altro vaccino.

##### **Gravidanza e allattamento**

Se è in corso una gravidanza, se sospetta o sta pianificando una gravidanza o se sta allattando con latte materno, chieda consiglio al medico prima di ricevere questo vaccino.

I dati relativi all'uso di Comirnaty in donne in gravidanza sono limitati. Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti su gravidanza, sviluppo embrionale/fetale, parto o sviluppo post-natale. La somministrazione di Comirnaty durante la gravidanza deve essere presa in considerazione solo quando i potenziali benefici sono superiori ai potenziali rischi per la madre e per il feto.

##### **Durata della protezione e limitazioni dell'efficacia del vaccino**

La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla. Come per tutti i vaccini, la vaccinazione con Comirnaty potrebbe non proteggere tutti coloro che lo ricevono. I soggetti potrebbero non essere completamente protetti fino a 7 giorni dopo la seconda dose del vaccino.

È pertanto essenziale continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni di sanità pubblica (mascherina, distanziamento e lavaggio frequente delle mani).

## **Come viene somministrato Comirnaty**

Comirnaty viene somministrato dopo diluizione sotto forma di iniezione intramuscolare nella parte superiore del braccio. È previsto un richiamo ed è raccomandabile che la seconda dose dello stesso vaccino sia somministrata 3 settimane dopo la prima dose per completare il ciclo di vaccinazione.

È molto importante che venga eseguita la seconda somministrazione per ottenere una risposta immunitaria ottimale. Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al suo medico curante o al centro vaccinale dove è stata somministrata la prima dose.

## **Possibili effetti indesiderati**

Come tutti i vaccini, Comirnaty può causare effetti indesiderati, sebbene non tutte le persone li manifestino. *Effetti indesiderati molto comuni* (possono interessare più di 1 persona su 10):

- nel sito di iniezione: dolore, gonfiore
- stanchezza
- mal di testa
- dolore muscolare
- dolore articolare
- brividi, febbre

*Effetti indesiderati comuni* (possono interessare fino a 1 persona su 10):

- arrossamento nel sito di iniezione
- nausea

*Effetti indesiderati non comuni* (possono interessare fino a 1 persona su 100):

- ingrossamento dei linfonodi
- senso di malessere
- dolore agli arti
- insonnia
- prurito nel sito di iniezione

*Effetti indesiderati rari* (possono interessare fino a 1 persona su 1.000): asimmetria temporanea di un lato del viso.

*Non nota* (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili): reazione allergica grave.

Se manifesta un qualsiasi effetto indesiderato, anche se non elencati di sopra, si rivolga al medico curante o contatti il centro vaccinale.

Può inoltre segnalare gli effetti indesiderati direttamente tramite il sistema nazionale di segnalazione (<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>).

## **Cosa contiene Comirnaty**

Il principio attivo è un vaccino a mRNA anti-COVID-19.

Gli altri componenti sono: ((4-idrossibutil)azanediil)bis(esano-6,1-diil)bis(2-esildecanoato) (ALC-0315); 2-[[polietilenglicole)-2000]-N,N-ditetradecilacetammide (ALC-0159); 1,2-distearoil-sn-glicerolo-3-fosfolina (DSPC); colesterolo; potassio cloruro; potassio diidrogeno fosfato; sodio cloruro; fosfato disodico diidrato; saccarosio; acqua per preparazioni iniettabili.

Dettagli operativi della vaccinazione

|            | Sito di iniezione |                     | LOT.<br>N° | Data di<br>scad. | Luogo di<br>sommini-<br>strazione | Data e ora di<br>Sommini-<br>strazione | Firma<br>Sanitario |
|------------|-------------------|---------------------|------------|------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|--------------------|
| 1a<br>dose | Braccio<br>destro | Braccio<br>sinistro |            |                  |                                   |                                        |                    |
| 2°<br>dose | Braccio<br>destro | Braccio<br>sinistro |            |                  |                                   |                                        |                    |

**VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19**  
**TRIAGE PREVACCINALE**

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

|                 |  |
|-----------------|--|
| Nome e cognome: |  |
|-----------------|--|

| <b>ANAMNESI</b>                                                                                                                                                                                         | Sì | No | Non so |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------|
| Attualmente è malato?                                                                                                                                                                                   |    |    |        |
| Ha febbre?                                                                                                                                                                                              |    |    |        |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>Se sì specificare: _____                                                                                       |    |    |        |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?                                                                                                                                          |    |    |        |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?                                                                                           |    |    |        |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)                                                                         |    |    |        |
| 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? |    |    |        |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?                                      |    |    |        |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?                                                                                                                   |    |    |        |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?<br>Se sì, quale/i? _____                                                                                                                             |    |    |        |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti?                                                                                                                                                                   |    |    |        |
| <b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?                                                                       |    |    |        |
| <b>Per le donne:</b> sta allattando?                                                                                                                                                                    |    |    |        |

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

| <b>ANAMNESI COVID19 – CORRELATA</b>                                                                 | Sì | No | Non so |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------|
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? |    |    |        |
| <b>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</b>                                                          |    |    |        |
| 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?                                           |    |    |        |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?                                           |    |    |        |
| <b>Test COVID-19:</b>                                                                               |    |    |        |
| Nessun test COVID-19 recente                                                                        |    |    |        |
| Test COVID-19 negativo      Data: ____ / ____ / ____                                                |    |    |        |
| Test COVID-19 positivo      Data: ____ / ____ / ____                                                |    |    |        |
| In attesa di test COVID-19      Data: ____ / ____ / ____                                            |    |    |        |

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

---



---



---



---



---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbro e firma del medico che acquisisce l'anamnesi: \_\_\_\_\_

**Da compilare al momento della 2<sup>a</sup> dose**

**Informazioni rilevanti (relative alla 1<sup>a</sup> dose o al periodo intercorso tra 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> dose):**

---



---



---



---



---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbro e firma del medico: \_\_\_\_\_