

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE E/O ANTISARS-CoV-2/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 al vaccino antiCOVID-19 di nuova formulazione e valido per le nuove varianti: “.....”
- 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 ANTISARS-CoV-2/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, 13 e 14 dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.**

Nome e Cognome	Data e luogo di nascita			
Codice fiscale o tessera sanitaria	Telefono			
QUESITI		SI'	NO	Non so
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, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad es. asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi NON rientranti nell'elenco posto in allegato A di seguito riportato?				
7) Rispetto al quesito precedente (6) dall'ultima dose somministrata le è stata diagnosticata un'altra patologia cronica o è mutato il quadro clinico preesistente?				
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 farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaciantitumorali, 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) Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A				
13) Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....				
14) Sta assumendo farmaci anticoagulanti?				
15) E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?				
16) Sta allattando?				
Ulteriori quesiti per la vaccinazione antiSARS-CoV-2/COVID-19				
17) Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV-2 affetta da COVID-19?				
Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?				
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?				
- Dolore addominale/diarrea?				
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?				
18) A seguito delle precedenti dosi di vaccino anticovid-19 si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche? Se sì quali reazioni: .....				
19) Progressiva infezione da COVID-19 negli ultimi 3 mesi? Se sì, quando: .....				
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)

Rimangono valide le indicazioni degli accordi precedenti che prevedono l'invio del cittadino al proprio curante o ai servizi vaccinali e/o ospedalieri in caso di patologie con quadri complessi come indicato nella tabella seguente, e a suo tempo individuati dal Ministero della Salute.

*Allegato 2*

**Tabella 1.** Condizioni concomitanti/pre-esistenti di elevata fragilità, con indicazione alla seconda dose di richiamo (second booster) di vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19, nei soggetti di età uguale o superiore ai 12 anni.

Tale elenco potrà essere aggiornato sulla base di evidenze disponibili.

<b>Aree di patologia/condizione</b>	<b>Definizione della condizione</b>
Malattie respiratorie	- Fibrosi polmonare idiopatica; - Malattie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia.
Malattie cardiocircolatorie	- Scopenso 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