

SCHEDA ANAMNISTICA TERZA VACCINAZIONE
ANTI-SARS CoV-2/COVID-19

▶ 前回摂取したものをチェックでOKです。

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

Nome e cognome フルネーム

Data di nascita 生年月日、日/月/年 data seconda dose 前回摂取日、日/月/年

Rispetto alla rilevazione anamnestica effettuata in occasione della seconda somministrazione si sono verificate variazioni (stato di gravidanza, allattamento, esito dei test per infezione da SARS-Cov-2, nuove terapie, etc...) SI NO

(se SI precisare le variazioni): 前回の摂取で体に大きな異常があったかどうかを書きますが、基本的にNOでいいです。

Dopo la somministrazione della seconda dose di vaccino ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, etc..) SI NO Se SI,

tipo di reazione: ここも同じような内容ですが基本的にNOでいいです。

tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa: _____

IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE

Precedenti reazioni avverse a vaccini: SI NO Se SI,

nome di vaccino che ha dato reazione: ここも基本的にNOでいいです。

tipo di reazione _____ data _____

Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota: SI NO Se SI,

tipo di reazione アレルギーについてです。基本的にNOでいいです。 data _____

Precedenti reazioni avverse a farmaci: SI NO Se SI, ▶ NOで大丈夫です。

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

• nome del farmaco _____ tipo di reazione _____

È affetto da mastocitosi sistemica: SI NO ▶ NOで大丈夫です。

È affetto da asma bronchiale "non controllato" ovvero che nonostante la terapia di fondo richiede l'uso frequente (> 2-3 volte/settimana) di salbutamolospay: SI NO ▶ NOで大丈夫です。

Data e luogo: ● 摂取日 ● 摂取場所、Firenzeなど。

Firma operatore sanitario/vaccinando: フルネーム

CONCLUSIONI A CURA DELL'OPERATORE SANITARIO CHE RACCOGLIE L'ANAMNESI:

Vaccinabile senza precauzioni Vaccinabile in ambiente ospedaliero con 30 min. di osservazione

Firma dell'operatore sanitario: _____

N.B. in caso di reazione locale anche estesa dopo la dose "booster" somministrata, vaccinare prolungando il tempo di attesa a 30 minuti senza ulteriori precauzioni (documento SIAAIC/AALITO, 2021); in caso di sospetta reazione generalizzata allergica inviare in ambiente protetto allergologico.

La presente scheda anamnestica propedeutica alla somministrazione di dose aggiuntiva vaccinale Covid-19. 19 a beneficio di ospiti di strutture socio-sanitarie può essere compilata dall'operatore sanitario a contatto con il paziente nei giorni successivi alla somministrazione di prima dose

MODULO DI CONSENSO (DOSE ADDIZIONALE)
ANTI-SARS CoV-2/COVID-19

Nome e cognome フルネーム

Data di nascita 生年月日、日/月/年 luogo di nascita Giappone

Residenza イタリアでの住所 telefono 電話番号

Tessere sanitaria (se disponibile) 保険証の裏面の番号

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: "フルネーム"

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 alla dose di richiamo (dose "booster").

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 "フルネーム"

Data e luogo 撮取場所、Firenzeなど。

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale フルネーム

Rifiuto la somministrazione del vaccino "

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 non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.