MODULO DI CONSENSO ALLAVACCINAZIONE IN FARMACIA

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Tessera sanitaria: _____

□ somministrazione vaccino antinfluenzale

□ somministrazione vaccino anti Covid-19

□ somministrazione vaccino anti Difterite Tetano Pertosse

□ somministrazione vaccino anti Pneumococco

□ somministrazione vaccino anti TBE

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: "_____ _____ _____".

Ho preso visione dell'Informativa privacy e ho prestato il mio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

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 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.

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 nell'area d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino

Qualora non in possesso di informazione/documentazione certa in ordine a precedente analoga vaccinazione:
Autorizzo il Farmacista a verificare, al fine di erogare la vaccinazione secondo la schedula vaccinale prevista, tramite la consultazione dell'applicativo WebApp di SIAVr (anagrafe regionale vaccini), la presenza di eventuale pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini registrati in Anagrafe Vaccinale della Regione del Veneto SI □ NO □

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "_____ _____ _____".
Data e Luogo _____
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale
_____

Rifiuto la somministrazione del vaccino "……".
Data e Luogo _____
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

_____

Nome e Cognome del Farmacista_____
Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

VIVO BENE VENETO
Piano Regionale Prevenzione del Veneto

Scheda di *triage* prevaccinale in farmacia per adolescenti e adulti

Adattamento del modellodi scheda di triage prevaccinale previsto dalla DGRVeneto n. 521/2024,perle vaccinazioni erogabili in farmacia ai sensi della DGR Veneto n. 1058 del 01/10/2026, Allegato A. La presente scheda è da utilizzarsi nell'ambito delle buone pratiche vaccinali e in coerenza con le indicazioni vigenti in materia, qualora emergessero situazioni che necessitino di approfondimenti il soggetto dovrà essere indirizzato al Medico Curante o al SISP.

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita……/……/…… Tessera sanitaria .....

Azienda ULSS di residenza .....

DATATRIAGE ……/……/……

Vaccino richiesto: □ anti-influenzale □ anti Covid-19 □ dTpa □ PCV □ anti-TBE (solo residenti ULSS 1)

1) Oggi la persona ha febbre (≥ 38 °C) o una malattia acuta di grado moderato o grave?	□ no	□ sì
2) La persona è allergica o ha mai avuto una reazione allergica a vaccini, farmaci, alimenti (incluso l'uovo), lattice o altre sostanze?	□ no	□ sì
3) La persona ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino (es. sindrome di Guillain-Barré, miocardite, convulsioni, ricovero)?	□ no	□ sì
4) La persona ha una malattia neurologica in peggioramento o non stabilizzata (es. epilessia non controllata)?	□ no	□ sì
5) La persona ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV, o le è stata asportata la milza?	□ no	□ sì
6) Negli ultimi 6 mesi, la persona ha assunto farmaci che riducono le difese immunitarie (cortisonici ad alto dosaggio, chemioterapia, farmaci biologici o immunosoppressori) o è stata sottoposta a radioterapia, trapianto o dialisi?	□ no	□ sì
7) La persona ha disturbi della coagulazione o assume farmaci anticoagulanti?	□ no	□ sì
8) La persona ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese? *Se sì, quali:*	□ no	□ sì
9) Se donna, è in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza?	□ no	□ sì

Note:

Farmacista (nome e cognome) …… Firma ……