

VACCINAZIONE ANTI COVID-19

MODULO DI CONSENSO - Moderna



l'Italia rinasce
con un fiore
vaccinazione
anti-Covid 19

#iomivaccinoda

#jemevaccinevda

Nome e Cognome:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Residenza:

Telefono:

Tessera sanitaria (se disponibile):

N.

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la **Nota Informativa** in **Allegato 1**, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la **Scheda Anamnestica** in **Allegato 2**.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto 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.

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 della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna".

Data e Luogo

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna".

Data e Luogo

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

RISERVATO AUSL

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

1- Nome e Cognome

.....

Ruolo

.....

Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

.....

2- Nome e Cognome

.....

Ruolo

.....

Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

.....

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione	Lot. n.	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora di somministrazione	Firma Sanitario				
1ª DOSE	<table border="0"> <tr> <td>Braccio destro</td> <td>Braccio sinistro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Braccio destro	Braccio sinistro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Braccio destro	Braccio sinistro									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
2ª DOSE	<table border="0"> <tr> <td>Braccio destro</td> <td>Braccio sinistro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Braccio destro	Braccio sinistro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Braccio destro	Braccio sinistro									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

VACCINAZIONE ANTI COVID-19

NOTA INFORMATIVA - Moderna



l'Italia rinasce
con un fiore
vaccinazione
anti-Covid 19

#iomivaccinoda

#jemevaccinevda

1. Il vaccino COVID-19 Vaccine Moderna è usato al fine di prevenire la malattia COVID-19 causata dal virus SARS-CoV-2.
2. Il vaccino induce il nostro organismo ad attivare un meccanismo di protezione (quale la produzione di anticorpi) capace di prevenire l'ingresso nelle nostre cellule del virus responsabile di COVID-19 e di prevenire quindi l'insorgere della malattia.
3. Il vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna" può essere somministrato a partire dai 18 anni d'età.
4. In base alle attuali conoscenze scientifiche la somministrazione del vaccino non può essere raccomandata né controindicata alle donne in gravidanza e in fase di allattamento. La somministrazione del vaccino potrà essere effettuata solo successivamente all'analisi caso per caso con la figura professionale sanitaria di riferimento, dei potenziali rischi e dei potenziali benefici per la madre, il feto e il neonato.
5. Il vaccino è somministrato mediante iniezione nella parte alta del braccio. Esso richiede 2 dosi, a distanza di 28 giorni l'una dall'altra.

È molto importante che Lei si ripresenti per la seconda somministrazione, altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare.

Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al suo Medico curante o alla struttura che le ha somministrato la prima dose.

6. Possono essere necessari fino a 14 giorni dopo la seconda dose del vaccino per sviluppare la protezione contro il COVID-19. Il vaccino potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono. Infatti l'efficacia stimata dalle sperimentazioni cliniche (dopo due dosi di vaccino) è del 95% e potrebbe essere inferiore in persone con problemi immunitari. Anche dopo somministrazione di entrambe le dosi del vaccino, **si raccomanda** di continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni delle autorità locali per la sanità pubblica, al fine di prevenire la diffusione del COVID-19.
7. Il vaccino COVID-19 Vaccine Moderna contiene un RNA messaggero che non può propagare sé stesso nelle cellule dell'ospite ma induce la sintesi di antigeni del virus SARS-CoV-2 (che esso stesso codifica). Gli antigeni S del virus stimolano la risposta anticorpale del vaccinato con produzione di anticorpi neutralizzanti. Il vaccino contiene inoltre i seguenti eccipienti:
 - Lipide SM-102
 - Colesterolo
 - 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina (DSPC)
 - 1,2-dimiristoil-rac-glicero-3-metossipoliethylenglicole-2000 (PEG2000 DMG)
 - Trometamolo

- Trometamolo cloridrato
- Acido acetico
- Sodio acetato triidrato
- Saccarosio
- Acqua per preparazioni iniettabili

8. Il vaccino può causare **reazioni avverse**. Tali reazioni possono essere:

Molto comuni (possono interessare più di 1 paziente su 10):

- dolore arrossamento gonfiore nel sito di iniezione
- stanchezza
- mal di testa
- dolori muscolari ● brividi
- dolori articolari ● febbre
- ingrossamento dei linfonodi
- nausea/vomito

Non comuni (possono interessare fino a 1 paziente su 100):

- prurito in sede di iniezione

Rare (possono interessare fino a 1 paziente su 1000):

Sono state segnalate alcune rare **reazioni avverse** in seguito alla somministrazione del vaccino COVID-19 Vaccine Moderna durante la vaccinazione di massa, al di fuori degli studi clinici, che riguardano

- Paralisi facciale periferica acuta
- Gonfiore del viso

Frequenza non nota (eventi molto rari):

- Reazione allergica grave (anafilassi)
- Reazione di ipersensibilità

In caso di sintomi gravi o sintomi che potrebbero essere correlati ad una reazione allergica, consultare immediatamente il proprio Medico curante o ricorrere a strutture di pronto soccorso.

Negli studi clinici non sono stati osservati decessi correlati alla vaccinazione.

L'elenco di reazioni avverse sovraesposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino COVID-19 Vaccine Moderna. Se Lei manifesta un qualsiasi effetto indesiderato non elencato informi immediatamente il proprio Medico curante.

9. Non si può contrarre la malattia COVID-19 in seguito alla somministrazione del vaccino perché l'RNAm inoculato non può indurre la replicazione del virus.

10. Non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza.

VACCINAZIONE ANTI COVID-19

SCHEDA ANAMNESTICA - Moderna



l'Italia rinasce con un fiore vaccinazione anti-Covid 19

#iomivaccinoda

#jemevaccinevda

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

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

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:
