



Modulo per lo screening di immunizzazione COVID-19 e il consenso*

Nome del ricevente (scrivere in stampatello)		Nome col quale si preferisce essere chiamati		
Data di nascita	ID genere attuale Indicare l'ID: <input type="text"/>	Codice: W – Donna/Ragazza TW – Donna/Ragazza Transgender M – Uomo/Ragazzo TM – Uomo/Ragazzo Transgender NB – Persona non binaria GNC – Genere non conforme Q – Non sicuro / In dubbio NR – Preferisco non rispondere GNL – Genere non presente in elenco (specificare) * Pronomi di genere: indicare per nome del cliente		
Sesso assegnato alla nascita Indicare il sesso: <input type="text"/>		Codice: M – Maschio F – Femmina I – Intersessuale NR – Preferisco non rispondere	Stato civile Indicare lo stato civile: <input type="text"/> Codice: S – Single D – Divorziato/a M – Coniugato/a W – Vedovo/a V – Unione civile U – Non so SEPARATED – Separato/a legalmente PARTNER – Partner convivente	
Indirizzo		Città	Stato	CAP
		Indirizzo email		
Genitore/Tutore/ Altro (se applicabile, scrivere in stampatello)		Telefono		Lingua preferita
Etnia Indicare l'etnia: <input type="text"/>	Codice etnia: DECL – Rifiuto di rispondere HIS – Di origine ispanica NHL – Di origine non ispanica UNK – Non so	Razza Indicare la razza: <input type="text"/>	Codice razza: AIA – Nativa americana o dell'Alaska ASN – Asiatica BAA – Afroamericana o Nera DECL – Rifiuto di rispondere NHP – Nativa delle Hawaii o delle Isole del Pacifico WHT – Bianca OTH – Altra o multirazziale	
Nome dell'assicurazione principale		ID assicurazione principale	Nome/Data di nascita del contraente	Relazione del contraente con il paziente
Indirizzo assicurazione principale		N. gruppo assicurazione principale	N. telefono assicurazione principale	
Nome assicurazione integrativa		ID assicurazione integrativa	Nome/Data di nascita del contraente	Relazione del contraente con il paziente
Indirizzo assicurazione integrativa		N. gruppo assicurazione integrativa	N. telefono assicurazione integrativa	
Clinica/Centro vaccinale presso cui è stato somministrato il vaccino		Indirizzo/Numero di telefono del medico curante		
Questionario di screening				
1.	Si sente male oggi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
2.	Negli ultimi 10 giorni ha fatto un test per il COVID-19 perché presentava sintomi ed è ancora in attesa dei risultati o le è stato detto da un operatore sanitario o dal dipartimento della salute di rimanere in isolamento o in quarantena a casa a causa di contagio o esposizione a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
3.	Negli ultimi 90 giorni (3 mesi) è stato curato per il COVID-19 con terapia antibiotica o plasma convalescente? <i>In caso affermativo, quando ha ricevuto l'ultima dose? Data: _____</i>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
4.	Ha mai avuto una reazione allergica immediata (ad es., orticaria, gonfiore facciale, difficoltà respiratorie, anafilassi) a qualsiasi vaccino, puntura o iniezione o a qualsiasi componente del vaccino anti COVID-19, o una reazione allergica grave (anafilassi) a qualcosa?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
5.	È incinta o prevede una gravidanza?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

6.	Ha il cancro, la leucemia, l'HIV/AIDS o qualsiasi altra patologia che indebolisce il sistema immunitario?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
7.	Assume farmaci che compromettono il sistema immunitario, ad esempio cortisone, prednisone o altri steroidi, farmaci anticancro o è stato sottoposto a radioterapia?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
8.	Ha problemi di coagulazione, un'anamnesi di trombosi o sta assumendo anticoagulanti?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
9.	Ha un'anamnesi di miocardite (infiammazione del muscolo cardiaco) o pericardite (infiammazione della membrana che riveste il cuore)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
10.	Ha ricevuto una precedente dose di vaccino anti COVID-19 Pfizer, Moderna o Janssen?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Data: <hr/> <small>(se applicabile)</small>
11.	Ha già ricevuto una precedente dose di un vaccino anti COVID-19 autorizzato dall'OMS ma non dall'Agenzia per gli alimenti e i medicinali (Food and Drug Administration, FDA) (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Data: <hr/> <small>(se applicabile)</small>

Autorizzazione all'uso d'emergenza (Emergency Use Authorization - EUA)

La FDA ha emesso l'autorizzazione all'uso d'emergenza del vaccino anti COVID-19. L'EUA viene utilizzata in circostanze in cui esista un giustificato motivo per l'uso d'emergenza di farmaci e prodotti biologici in condizioni d'emergenza, ad esempio durante la pandemia di COVID-19. Questo vaccino non è stato sottoposto allo stesso tipo di verifica dei prodotti approvati o autorizzati dalla FDA. Tuttavia, la decisione della FDA di rendere disponibile il vaccino è basata sulla totalità delle evidenze scientifiche disponibili, che dimostrano che i benefici noti e potenziali del vaccino superano i rischi noti e potenziali.

Consenso

Ho letto, o mi è stata illustrata, la pagina con le informazioni relative alla vaccinazione anti COVID-19. Prendo atto che se per il mio vaccino sono necessarie due dosi, mi dovranno essere somministrate due dosi del vaccino perché lo stesso sia efficace. Ho avuto la possibilità di porre domande alle quali mi è stato risposto in modo per me soddisfacente (e mi sono assicurato che anche la persona sopra indicata per la quale sono autorizzato a dare il consenso surrogato abbia avuto la possibilità di porre domande). Prendo atto dei benefici e dei rischi della vaccinazione qui illustrati.

Chiedo che mi venga fatta la vaccinazione anti COVID-19 (o che venga fatta alla persona sopra indicata per la quale sono autorizzato a fare la richiesta e dare il consenso surrogato). Prendo atto che il vaccino non comporterà alcun costo per me. Prendo atto che eventuali somme o incentivi per la somministrazione del vaccino saranno ceduti e trasferiti al soggetto incaricato della vaccinazione, compresi gli incentivi e le somme previsti dal mio piano sanitario, da Medicare o da altri soggetti finanziariamente responsabili della mia assistenza sanitaria. Autorizzo la comunicazione di tutte le informazioni necessarie (comprese, senza intento limitativo, cartelle cliniche, copie di richieste e fatture dettagliate) per verificare i pagamenti ed eventualmente per altre finalità di carattere sanitario, comprese le segnalazioni alle strutture sanitarie competenti.

Ricevente/Tutore/Altro (firma)	Data / Ora	Nome in stampatello	Relazione con il paziente (se diverso dal ricevente)
--------------------------------	------------	---------------------	---

ID interprete telefonico OPPURE	Data / Ora
---	------------

Firma: Interprete	Data / Ora	Scrivere in stampatello: Nome dell'interprete e relazione con il paziente
-------------------	------------	---

La zona sottostante dev'essere compilata a cura del vaccinatore

Quale vaccino riceve oggi il paziente?

Nome del vaccino	Somministrazione	Data Scheda EUA	Produttore e Numero di lotto
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> Prima dose <input type="checkbox"/> Seconda dose		
Moderna	<input type="checkbox"/> Prima dose <input type="checkbox"/> Seconda dose		
AstraZeneca	<input type="checkbox"/> Prima dose <input type="checkbox"/> Seconda dose		
Janssen	<input type="checkbox"/> Dose unica		

Punto di somministrazione Deltoide sinistro Deltoide destro Coscia sinistra Coscia destra

Dosaggio 0,5 ml 0,3 ml

Ho fornito al paziente (e/o al genitore, tutore o altro, se del caso) le informazioni sul vaccino e ho ottenuto il consenso alla vaccinazione.

Firma del vaccinatore: _____