



**Screening di immunizzazione per il COVID-19  
e modulo di consenso\***

Nome del ricevente (in stampatello)		Nome preferito	
DOB	ID genere attuale Indicare l'ID qui sotto: <input type="text"/>	<b>Tasto:</b> W – Donna/Ragazza TW – Transgender donna/ragazza M – Uomo/Ragazzo TM – Transgender Uomo/Ragazzo NB – Persona non binaria GNC – Genere non conforme Q – Non sicuro/Interrogativo NR – Preferisco non rispondere GNL – Genere non elencato (inserire) * Pronomi di genere: inserire per nome del cliente	
Sesso assegnato alla nascita Indicare il sesso qui di seguito: <input type="text"/>	<b>Tasto:</b> M – Maschio F – Femmina I – Intersex NR – Preferisco non rispondere	Stato coniugale Indicare lo stato qui di seguito: <input type="text"/>	<b>Tasto:</b> S – Single D – Divorziato/a M – Coniugato/a W – Vedovo/a V – Unione civile U – Ignoto SEPARATO/A – Separato/a legalmente PARTNER – Compagno/a di vita
Indirizzo	Città	Stato	Codice postale
		Indirizzo e-mail	
Genitore/Tutore/Sostituto (scrivere in stampatello se necessario)		Telefono:	Lingua preferita
Etnia	<b>Tasto etnia:</b> DECL - Rifiutato HIS - Origine ispanica NHL - Origine non ispanica UNK- Ignota	Razza Indicare la razza qui di seguito: <input type="text"/>	<b>Tasto razza:</b> AIA – Nativo/a americano/a o dell'Alaska ASN – Asiatica BAA – Afroamericana o Nera DECL – Rifiutato NHP - Nativo/a delle Hawaii o delle isole del Pacifico WHT – Bianca OTH – Altro o mista
Nome dell'assicurazione principale	# ID dell'assicurazione principale	Nome del sottoscrittore/DOB	Relazione del sottoscrittore con il paziente
Indirizzo dell'assicurazione principale	# Gruppo dell'assicurazione principale	# Telefono dell'assicurazione principale	
Nome dell'assicurazione secondaria	# ID dell'assicurazione secondaria	Nome del sottoscrittore/DOB	Relazione del sottoscrittore con il paziente
Indirizzo dell'assicurazione secondaria	# Gruppo dell'assicurazione secondaria	# Telefono dell'assicurazione secondaria	
Sede della clinica/ambulatorio dove è stato somministrato il vaccino	Indirizzo/numero di telefono del medico di base		

## Questionario di screening

1.	Ti senti poco bene oggi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
2.	Negli ultimi 10 giorni hai fatto un test per il COVID-19 perché avevi sintomi e sei ancora in attesa dei risultati o ti è stato detto da un operatore sanitario o dipartimento della salute di rimanere in isolamento o in quarantena a casa a causa di infezione, esposizione a COVID-19 o viaggio?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
3.	Sei stato/a curato/a con una terapia antibiotica o plasma convalescente per il COVID-19 negli ultimi 90 giorni (3 mesi)? <i>Se sì, quando hai ricevuto l'ultima dose?</i> Data: _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
4.	Hai 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 COVID-19, o una reazione allergica grave (anafilassi) a qualcosa?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
5.	Hai ricevuto vaccini negli ultimi 14 giorni (2 settimane) compreso il vaccino antinfluenzale? <i>Se sì, quanto tempo fa hai fatto l'ultimo vaccino?</i> Data: _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
6.	Sei incinta o prevedi una gravidanza?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
7.	Sei affetto/a da cancro, leucemia, HIV/AIDS, o qualsiasi altra condizione che indebolisce il sistema immunitario?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
8.	Assumi farmaci che influiscono sul sistema immunitario come cortisone, prednisone o altri steroidi, farmaci anticancro o sei stato/a sottoposto/a a trattamenti radianti?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
9.	Hai problemi di coagulazione, anamnesi di trombosi o assumi un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
10.	Hai già ricevuto una dose di vaccino per il COVID-19? <span style="float: right;">Se sì, quale vaccino?</span>	<input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer	<input type="checkbox"/> No	Data: _____ <small>(se applicabile)</small>

### Autorizzazione all'uso di emergenza

L'FDA ha messo a disposizione il vaccino per il COVID-19 con un'autorizzazione all'uso di emergenza (EUA). L'EUA viene utilizzata quando vi sono circostanze che giustificano l'uso di emergenza di farmaci e prodotti biologici durante un'emergenza, ad esempio la pandemia di COVID-19. Questo vaccino non è stato sottoposto allo stesso tipo di valutazione rispetto a un prodotto approvato o ammesso dall'FDA. Tuttavia, la decisione da parte dell'FDA di rendere il vaccino disponibile è basata sulla totalità dei dati scientifici disponibili, i quali mostrano che i benefici noti e potenziali del vaccino sono superiori ai rischi noti e potenziali.

### Consenso

Ho letto, o mi è stato spiegato il foglio informativo sulla vaccinazione per il COVID-19. Sono consapevole che se il mio vaccino richiede due dosi, mi dovranno essere somministrate (date) due dosi di questo vaccino perché sia efficace. Ho avuto la possibilità di fare domande alle quali mi sono state fornite risposte soddisfacenti (e garantito che anche alla persona indicata sopra per la quale sono autorizzato/a a fornire consenso è stata data la possibilità di fare domande). Sono consapevole dei benefici e dei rischi della vaccinazione come descritti. Richiedo che sia somministrata la vaccinazione per il COVID-19 a me (o alla persona indicata sopra per la quale sono autorizzato/a a presentare questa richiesta e a fornire consenso). Sono consapevole che la vaccinazione sarà gratuita. Sono consapevole che qualsiasi somma di denaro o utili per la somministrazione del vaccino saranno destinati e trasferiti al fornitore della vaccinazione, tra cui utili/somme di denaro per la mia assicurazione sanitaria, Medicare o altre terze parti che sono responsabili dal punto di vista finanziario della mia assistenza sanitaria. Autorizzo la divulgazione di tutte le informazioni necessarie (tra cui, senza limitazione alcuna, cartelle cliniche, copie di richieste di rimborso e fatture dettagliate) per verificare il pagamento e, secondo necessità, per altri scopi sanitari, comprendenti segnalazioni ai registri vaccinali.

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

ID # dell'interprete telefonico	Data/Ora
---------------------------------	----------

O

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

**Area da compilare a cura del vaccinatore**

**Which vaccine is the patient receiving today?**

Vaccine Name	Administration		EUA Fact Sheet Date	Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose			

Administration Site       Left Deltoid       Right Deltoid       Left Thigh       Right Thigh

Dosage       0.5 ml       0.3 ml

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: \_\_\_\_\_

**\*L'uso del presente modulo è facoltativo.**

**Aggiornato il 29 aprile 2021**