Форма згоди

Прізвище _____

Ім'я _____

Індивідуальний податковий номер _____

Телефон_____

Місце і дата народження _____

Місце проживання _____

ЮРИДИЧНИЙ ПРЕДСТАВНИК

Ім'я та прізвище _____

Індивідуальний податковий номер _____

- ✓ Я прочитав, отримав пояснення зрозумілою мені мовою і повністю усвідомив зміст інформаційної записки, складеної Італійською агенцією з лікарських засобів (AIFA) щодо обраної нижче вакцини; копію записки я отримав
- ✓ Я заповнив і перевірив разом із медичним працівником карту для збору анамнезу, вказавши поточні та/або попередні патології, а також терапію, яку зараз проходжу.
- ✓ У присутності медичного працівника, відповідального за вакцинацію, я поставив питання щодо вакцини та стану свого здоров'я і отримав вичерпні відповіді, які цілком зрозумів.
- ✓ Я був належним чином поінформований у зрозумілих для мене термінах, усвідомив користь і ризики вакцинації, методи та терапевтичні альтернативи, а також наслідки відмови від вакцинації або відмови від її завершення.
- ✓ Я усвідомлюю, що у разі виникнення будь-яких побічних ефектів я зобов'язаний негайно повідомити про це свого лікаря та дотримуватися його вказівок.
- ✓ Я згоден залишатися в кімнаті очікування протягом щонайменше 15 хвилин після введення вакцини, щоб переконатися у відсутності негайних побічних реакцій.

☐ [_____] проведення щеплення проти Covid-19 вакциною [_____]

Дата___/____/_____ **Підпис пацієнта / Юридичний представник**

Місце, де проводиться щеплення _____ _____

Медичний працівник групи, яка проводить вакцинацію

Nome e Cognome_____ **Ruolo** _____

Підтверджую, що особа, якій проводиться щеплення, висловила свою згоду [___] на вакцинацію після того, як вона була належним чином поінформована.

Firma _____

Форма згоди

Прізвище _____

І'мя _____

Індивідуальний податковий номер _____

Телефон_____

Місце і дата народження _____

Місце проживання _____

ЮРИДИЧНИЙ ПРЕДСТАВНИК/ОДИН ІЗ БАТЬКІВ

Ім'я та прізвище _____

Індивідуальний податковий номер _____

ДАНІ ІНШОГО З БАТЬКІВ

Ім'я та прізвище _____

Індивідуальний податковий номер _____

- ✓ Я прочитав, отримав пояснення зрозумілою мені мовою і повністю усвідомив зміст інформаційної записки, складеної Італійською агенцією з лікарських засобів (AIFA) щодо обраної нижче вакцини; копію записки я отримав
- ✓ Я заповнив і перевірив разом із медичним працівником карту для збору анамнезу, вказавши поточні та/або попередні патології, а також терапію, яку зараз проходжу.
- ✓ У присутності медичного працівника, відповідального за вакцинацію, я поставив питання щодо вакцини та стану свого здоров'я і отримав вичерпні відповіді, які цілком зрозумів.
- ✓ Я був належним чином поінформований у зрозумілих для мене термінах, усвідомив користь і ризики вакцинації, методи та терапевтичні альтернативи, а також наслідки відмови від вакцинації або відмови від її завершення.
- ✓ Я усвідомлюю, що у разі виникнення будь-яких побічних ефектів я зобов'язаний негайно повідомити про це свого лікаря та дотримуватися його вказівок.
- ✓ Я згоден залишатися в кімнаті очікування протягом щонайменше 15 хвилин після введення вакцини, щоб переконатися у відсутності негайних побічних реакцій.
- ✓ Я заявляю, що отримав згоду іншого з батьків, який не може сьогодні бути присутнім/ньою або самостійно виконувати батьківські обов'язки, відповідно до чинного законодавства (у разі присутності лише одного з батьків).

☐ [_____] проведення щеплення проти Covid-19 вакциною[_____]

Місце, де проводиться щеплення_____, **Дата_____/_/_____**

Підпис юридичного представника/одного з батьків **Підпис іншого з батьків**

_____ _____

Медичний працівник групи, яка проводить вакцинацію

Nome e Cognome_____ **Ruolo** _____

Підтверджую, що особа, якій проводиться щеплення, висловила свою згоду [___] на вакцинацію після того, як вона була належним чином поінформована.

Firma _____

Щеплення проти Covid-19

Картка збору анамнезу

Прізвище _____

Ім'я _____

Індивідуальний податковий номер _____

Телефон _____

Дата збору анамнезу _____

ПОПЕРЕДНІ ДАНІ ЩОДО COVID-19

1	Чи мали Ви протягом останнього місяця контакти з особою, інфікованою Sars-CoV2 або хворою на COVID-19 ?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
2	Чи проявляється у Вас будь-який із наступних симптомів: Кашель/застуда/підвищена температура/респіраторні або грипоподібні симптоми, Біль у горлі/втрата нюху або смаку, Біль у животі/діарея, Аномальні синці або кровотечі/почервоніння очей? Якщо так, вкажіть, будь ласка, Ваші симптоми _____ _____	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
3	Чи здійснювали Ви якісь закордонні поїздки протягом останнього місяця? Якщо так, вкажіть, будь ласка, назви країн_____	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
4	Ви здавали нещодавно тест на COVID-19?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**

Тест на COVID-19, результат негативний – Дата тестування: __/__/_____

Тест на COVID-19, результат позитивний – Дата тестування: __/__/_____

Очікую на результат тесту на COVID-19 – Дата тестування: __/__/_____

АНАМНЕЗ

1	Ви хворієте в даний момент?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
2	У Вас підвищена температура тіла?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
3	Чи маєте Ви (або мали в минулому) алергію на латекс, будь-які харчові продукти, ліки або компоненти вакцин? Якщо так, вкажіть, будь ласка, на що саме у Вас алергія _____ _____	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
4	Чи спостерігалась у Вас серйозна реакція на введення вакцини?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
5	Чи страждаєте Ви на захворювання серця або легенів, астму, захворювання нирок, діабет, анемію або інші захворювання крові?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
6	Чи перебуває Ваша імунна система у послабленому стані (наприклад, через такі хвороби, як неоплазія, лейкемія, лімфома, ВІЛ/СНІД, прогресуюче автоімунне захворювання тощо)? Чи перенесли Ви трансплантацію органу (очікуєте на неї)?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
7	Чи приймали Ви протягом останніх 3-х місяців будь-які ліки, що послаблюють імунну систему (наприклад, кортизон, преднізолон або інші стероїди), або протипухлинні препарати? Чи проходили Ви променеве лікування?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
8	Чи робили Вам протягом останнього року переливання крові або препаратів крові? Чи приймали Ви імуноглобуліни (гамма) або противірусні препарати?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
9	Чи траплялися у вас судомні напади? Чи маєте Ви якісь проблеми з мозком або нервовою системою?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
10	Чи робили Ви щеплення протягом останніх 4-х тижнів? Якщо так, вкажіть, будь ласка, які саме _____	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
11	Для жінок: Ви вагітні або плануєте завагітніти протягом місяця після першого або другого введення вакцини?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**
12	Для жінок: Ви годуєте грудьми в даний момент?	☐ **ТАК**	☐ **НІ**

13 Ви приймаєте препарати для розрідження крові? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Підпис медичного працівника _____