

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA



DX SX

Diportimento Tutelo dello Solute e Politiche Sanitaria

AstraZeneca

Vaccinazione Anti-Covid – 19

od Fisc									
entro Vaccina	ale :	w.							
THE A GOCONIE									
e Service de la									
e San Ingelon de la constante									
			6-, Y. 1		- 4				
	Lotto	Data I Dose	oom.	ccio	Data Consigliata	Lotto	Data II Dose	Bra	accio
accino:			oom.			Lotto		Bra	SX

DX SX



Vaccinazione Anti-Covid 19

Consenso al trattamento dei dati personali

sottoscritt (Lognome e nome)	
nat a prov. il	
	l'etichetta
	adesiva PR), con la sottoscrizione del presente modulo, al ll'informativa allegata. Firma utente Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante lega da delle persone delle persone fisiche con riguardo al a normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi
via,n°	Applica qui l'étichetta adesiva TE gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), con la sottoscrizione del presente modulo, al lei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata. mato e sottoscritto /
DATI DEL TUTORE	
Nome e Cognome	
Codice Fiscale	
ACCONSENTE	
ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679	(DGPR), con la sottoscrizione del presente modulo, al
trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti d	i cui all'informativa allegata.
Y	e nei limiti di cui all'informativa allegata. Firma utente
Letto, confermato e sottoscritto	
Data / /	
Luogo	(i iiiia aciia persona ciic iiacea ii eacoiio e con
g-2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,2,	
REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)	
Gentile Signore/a,	
Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede	la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al
trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Sec	ondo la normativa indicata, tale trattamento sará improntato ai principi
forniamo le seguenti informazioni:	of unite. At sensi der Negolamento (OE) 2010/073 (S.d. 10) per tanto, ee
	ione del vaccino Anti-Covid 19.
2 II trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.	
3 Il conferimento dei dati è OBBLIGATORIO per registrare l'avvenuta somm	inistrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema
Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comportere	
4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale	
rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo st	
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valut	
5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, coi	
6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare de	



sottoscritt (cognome e nome)		
nat _ a prov		Applica qui l'etichetta
DATI DEL TUTORE	The state of the s	adesiva
Nome e Cognome		
Codice Fiscale		
	L	
Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.I falsi sono puniti ai sensi del codice penale e de	P.R. 445/2000, le dichi elle leggi speciali vigenti in	arazioni mendaci, la falsită negli atti e l'uso di atti n materia, dichiara sotto la propria responsabilită:
Operatori Sanitari	Operatori non Sanitari	Anziani Lungodegenza
Medici di Medicina Generale e Pediatri di Liber	a Scelta	Staff strutture di Lungodegenza
Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dosc	e di vaccino nel paese	
della tipologia		in data
	y	
Data / /		Firma utente ma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Autocertificazione



	ne e Cognome				<u> </u>
Cod	ice Fiscale				
Tele	efono				
DAT	I DEL RAPPRESENTANTE LEGALE	l'etichett	a		NON SO NON SO
Nor	ne e Cognome	adesiva			
Cod	ice Fiscale				NON SC
		Applica qui l'etichetta adesiva			
	amnesi				
Da	compilare a cura del <i>Vaccinando</i> e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanita	ari addetti alla vaccinaziono	ž.		
1	Attualmente è malato?	☐ SI		0	NON SO
2	Ha febbre?	sı	N	0 🗍	NON SO
3	Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:		N	0 🗌	NON SO
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	☐ SI	□ N	0 🗌	NON SO
5	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malatte renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	☐ SI	□ N	0 🗆	NON SO
6	Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	☐ SI	□ N	0 🗌	NON SO
7	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esemplo: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	☐ SI	□ N	0 🗌	NON SO
8	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunogiobuline (gamma) o farmaci antivirali	?	_ No	• 	NON SO
9	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	☐ SI		° 🗆	NON SO
10	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?	☐ SI	N(0 🗆	NON SO
Dor	le donne:	The second secon			типования (пр. 1800) (1804) (др. учество не прирости
11	È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel prossimo mese?			o 🗆	NON SO
	a mana o see perisenos or influencia mente prossimo meser	the state of the s		Management of the control of the con	and the second second
12	Sta allattando?	☐ SI (o 🗆	NON SO
Spe	cifichi di seguito i farmaci, gli Integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventu	uali medicinali alternativi cl	ne sta a	ssumen	do:

Vaccinazione Anti-Covid 19 Scheda Anamnestica

Anamnesi COVID-correlata

1	Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-Colo affetta da COVID-19?	V2	SI	□ NO □ NON SO
2	Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
	Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?			
	Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
	Dolore addominale/diarrea?			
	Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
3	Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?		☐ SI	□ NO □ NON SO
4	Test COVID-19:			
	Nessun test COVID-19 recente			
	Test COVID-19 negativo in data://			
	Test COVID-19 positivo in data:			
	In attesa di test COVID-19 in data:		, ş	
yuquuu	The second secon	tel de comunicació menos aprimeiros de 1986 y 1990, p. p. p. p. p. 100, 100, 100, 100, 100, 100, 100, 100	e e en egyptementementemposites promisione e e e e e e e e e e e e e e e e e e	
	na utente na della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)	Firma medico	The second of th	



Scheda anamnestica 2/2 - Versione 2

Vaccinazione Anti-Covid 19

Nota Informativa 1/2

- 1 Il vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" 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 "Pfizer-BioNTech COVID-19" può essere somministrato a partire dai 16 anni d'età.
- 4 Il vaccino non può essere somministrato alle donne in gravidanza e in fase di allattamento.
- 5 Il vaccino è somministrato mediante iniezione nella parte alta del braccio. Esso richiede 2 dosi, a distanza di 21 giorni l'una dall'altra.
- È molto importante che Lei ritorni per la seconda somministrazione, altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare.

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

- 6 Possono essere necessari fino a 7 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 Pfizer-BioNTech COVID-19 contiene un RNA messaggero che non può propagare se 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. RNA messaggero è racchiuso in liposomi formati da ALC-0315 e ALC-0159 per facilitare l'ingresso nelle cellule. Il vaccino contiene inoltre altri eccipienti:
 - 1,2-distearoil-sn-glicero-3-phosphocholine
 - colesterolo
 - sodio fosfato bibasico diidrato
 - fosfato monobasico di potassio
 - cloruro di potassio
 - · cloruro di sodio
 - 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 al sito di iniezione, stanchezza, mal di testa, dolori muscolari, brividi, dolori articolari, febbre

NON COMUNI (possono interessare fino a 1 paziente su 100): ingrossamento dei linfonodi

RARE. Sono state segnalate alcune rare gravi reazioni allergiche in seguito alla somministrazione del vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19 durante la vaccinazione di massa, al di fuori degli studi clinici. I sintomi di una reazione allergica includono: orticaria (protuberanze sulla pelle che sono spesso molto pruriginose), gonfiore del viso, della lingua o della gola, respirazione difficoltosa.

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 Pfizer-BioNTech COVID-19. 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

Nota Informativa 2/2

- 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-metossipolietilenglicole-2000 (PEG2000 DMG)
 - trometamolo e 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 poziente su 10): dolore, arrossamento, gonfiore nel sito di iniezione, stanchezza, mal di testa, dolori muscolari, brividi, dolori articolari, febbre, ingrossamento dei linfonodi, nausea/vomito

COMUNI (possono interessare fino a 1 paziente su 10): eruzione cutanea in sede di iniezione, arrossamento in sede di iniezione, orticaria in sede di iniezione

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 avversa, consultare immediatamente il proprio Medico curante o ricorrere a strutture di pronto soccorso. Negli studi clinici non sono stati osservati decessi al momento 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.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALI REGGIO CALABRIA



Dipartimento Totelo della Salute e Politiche Sanitarie

Vaccinazione Anti-Covid – 19

Nome							· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	Cognome									
Cod Fisc					Manage Control of the												
Centro Vaccinal	le	*****	•••••	•••••	•••••												

Vaccino:

Tipologia	Lotto	Data I Dose	Braccio		Data Consigliata	Lotto	Data II Dose	Bra	accio
Pfizer			DX	SX	$\hat{\pi}_{gr}$.	_		DX	SX
Moderna			DX	SX		T-2-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-		DX	SX
AstraZeneca			DX	sx				DX	SX