

## VACCINARE ANTI-COVID19

### FORMULAR DE EXPRIMARE A CONSIMȚĂMÂNTULUI

Prenume și nume: .....	
Data nașterii: .....	Locul nașterii: .....
Reședință: ..... .....	Telefon: ..... .....
Card de sănătate (dacă aveți): N. ....	

Am citit, mi s-a explicat într-o limbă pe care o cunosc și am înțeles pe deplin. Nota de Informare redactată de Agenția Italiană pentru Medicamente (AIFA) cu privire la vaccin: „\_\_\_\_\_”

I-am declarat medicului patologii actuale și / sau anterioare și terapiile în curs.

Am avut posibilitatea să pun întrebări despre vaccin și despre starea mea de sănătate și am primit răspunsuri complete pe care le-am înțeles.

Am fost informat corect cu cuvinte care îmi sunt clare. Am înțeles beneficiile și riscurile vaccinării, modalitățile și alternativele terapeutice, precum și consecințele unui posibil refuz sau renunțare la finalizarea vaccinării cu a doua doză, dacă este prevăzută.

Sunt conștient de faptul că, în cazul apariției oricăror efecte secundare, va fi responsabilitatea mea să informez imediat medicul meu și să îi urmez instrucțiunile.

Sunt de acord să rămân în sala de așteptare cel puțin 15 minute după administrarea vaccinului pentru a ne asigura că nu apar reacții adverse imediate.

Sunt de acord și autorizez administrarea vaccinului „\_\_\_\_\_”.

Data și locul \_\_\_\_\_

Semnătura persoanei care primește vaccinul sau a reprezentantului său legal

\_\_\_\_\_

Refuz administrarea vaccinului „\_\_\_\_\_”.

Data și locul \_\_\_\_\_

Semnătura persoanei care refuză vaccinul sau a reprezentantului său legal

\_\_\_\_\_

*Profesioniștii din domeniul sanitar din echipa de vaccinare*

1. Prenume și nume (medic) \_\_\_\_\_

Confirm că persoana care urmează să fie vaccinată și-a dat consimțământul pentru vaccinare după ce a fost informată în mod adecvat.

Semnătură \_\_\_\_\_

2. Prenume și nume (medic sau alt profesionist din domeniul sanitar)

\_\_\_\_\_

Rolul \_\_\_\_\_

Confirm că persoana care urmează să fie vaccinată și-a dat consimțământul pentru vaccinare după ce a fost informată în mod adecvat.

Semnătură \_\_\_\_\_

***Prezența celui de-al doilea profesionist din domeniul sanitar nu este indispensabilă în cazul vaccinării în ambulatoriu sau în alt context unde este un singur medic, la domiciliul persoanei care urmează să fie vaccinată sau într-o situație critică din punct de vedere logistic-organizațional.***