

姓名: <i>Nome e Cognome:</i>	
出生日期: <i>Data di nascita:</i>	出生地: <i>Luogo di nascita</i>
居住地: <i>Residenza:</i>	电话: <i>Telefono:</i>
健康卡 (如果有) 税号 <i>Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale</i>	

我已阅读 (以已知语言被告知) 并我完全理解意大利药品管理局 (AIFA) 准备的疫苗信息说明:

“

我向医生报告了当前和/或以前的病理以及正在进行治疗。我有机会询问有关疫苗和我的健康状况的问题, 从而获得了全面易懂的答案。我已经通过我清楚的语言被正确地告知。我已了解疫苗接种的益处和风险、方式和治疗替代方案, 以及任何拒绝或放弃完成第二剂疫苗接种的后果 (如果有)。

我已知悉可能会发生的任何副作用, 我有责任立即通知我的医生并遵循指示。

我同意在接种疫苗后在候诊室停留至少15分钟, 以确保不会立即发生不良反应。

我同意并授权 <i>ACCONSENTO E AUTORIZZO</i>	我拒绝 <i>RIFIUTO</i>
接种疫苗 <i>la somministrazione del vaccino</i>	接种疫苗 <i>la somministrazione del vaccino</i>
日期和地点: <i>Data e luogo:</i>	日期和地点: <i>Data e luogo:</i>
同意接种疫苗的人或其法定代表人签名 <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>	拒绝接种疫苗的人或其法定代表人签名 <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>
无法表达同意的受试者的亲属信息 (2021年1月29日第6号参考法案) <i>Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)</i>	
<input type="checkbox"/> 患者无法表达有效同意。为了保护其健康, 并考虑到疫苗接种的适应症, 应与家属分享进行新冠疫苗接种的决定。参见与家属分享的针对新冠疫苗接种提案的表单 <i>Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l' indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19</i>	
日期和地点:	家属签名:
<i>Data e luogo:</i>	<i>Firma del Familiare:</i>

疫苗接种团队的专业卫生人员

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. 姓名和职位 <i>Nome cognome e ruolo</i>	2. 姓名和职位 <i>Nome cognome e ruolo</i>
我确认接种者在被充分告知后同意接种疫苗 <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato</i> 签名: Firma:	我确认接种者在被充分告知后同意接种疫苗 <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato</i> 签名: Firma:

在家里接种疫苗时或在物流组织危急的背景下，第二名专业卫生人员的存在是有用的，但不是必需的

疫苗接种操作详情

Dettagli operativi della vaccinazione

	注射部位 <i>Sito di iniezione</i>		批次 <i>Lotto n.</i>	截止期 <i>Scad.</i>	接种地点 <i>Luogo di somministrazione</i>	日期和时间 <i>Data e ora</i>	卫生人员签字 <i>Firma sanitario</i>
第1剂 <i>1° dose</i>	右臂 <i>Braccio destro</i>	左臂 <i>Braccio sinistro</i>					
第2剂 <i>2° dose</i>	右臂 <i>Braccio destro</i>	左臂 <i>Braccio sinistro</i>					



抗SARS-CoV-2/新型冠状病毒肺炎疫苗接种前分流

由疫苗接种者填写并与疫苗接种专业卫生人员一起审查

姓名: Nome e cognome:	电话: Telefono:		
出生日期和地点: Data e luogo di nascita:			
病史 ANAMNESI	是 SI'	否 NO	不知道 Non so
您目前患病吗? <i>Attualmente è malato?</i>			
您发烧吗? <i>Ha febbre?</i>			
您是否对乳胶、任何食物、药物或疫苗成分过敏? 如果有, 请说明: <i>Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:</i>			
您是否有过接种疫苗后的严重反应? <i>Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?</i>			
您是否患有心脏或肺部疾病、哮喘、肾脏疾病、糖尿病、贫血或其他血液疾病? <i>Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?</i>			
您是否处于免疫系统受损的状态? (例如: 癌症、白血病、淋巴瘤、艾滋病毒/艾滋病、移植) <i>Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)</i>			
在过去的3个月里, 您是否使用过削弱免疫系统的药物(如皮质松、普利尼松或其他类固醇)或抗癌药物, 或者是否接受过放射治疗? <i>Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?</i>			
在过去一年中, 您是否接受过输血或血液制品, 或者是否接受过免疫球蛋白(γ)或抗病毒药物治疗? <i>Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?</i>			
大脑或神经系统是否有过抽搐或任何问题? <i>Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?</i>			
您是否在过去4周内接种过任何疫苗? 如果有, 请列出? <i>Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?</i>			
您是否正在使用稀释血液的药物? <i>Sta assumendo farmaci anticoagulanti?</i>			
请在下方说明您正在使用的药物以及天然补充剂、维生素、矿物质或任何替代药物: <i>Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:</i>			
.....			

对于女性: PER LE DONNE:	是 SI'	否 NO	不知道 Non so
您是否怀孕或是否计划在第一次或第二次注射后的一个月內怀孕? <i>è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?</i>			
您是否正在母乳喂养? <i>sta allattando?</i>			
感染过新冠 ANAMNESI COVID-CORRELATA	是 SI'	否 NO	不知道 Non so
在过去的一个月中，您是否与感染了Sars-CoV2或感染了新冠的人接触过? <i>Nell'ultimo mese È stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?</i>			
您是否有以下任何症状: <i>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</i>			
- 咳嗽/感冒/发烧/喘息或类似流感的症状? <i>Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?</i>			
- 喉咙痛/嗅觉或味觉丧失? <i>Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?</i>			
- 腹痛/腹泻? <i>Dolore addominale/diarrea?</i>			
- 眼睛出现异常瘀伤或流血/发红? <i>Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?</i>			
您上个月进行过国际旅行吗? <i>Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?</i>			
新冠检测 TEST COVID-19			
最近没有做过新冠检测 <i>Nessun test COVID-19 recente</i>			
新冠检测呈阴性 (日期:) <i>Test COVID-19 negativo (Data:.....)</i>			
新冠检测呈阳性 (日期) <i>Test COVID-19 positivo (Data)</i>			
正在等待新冠检测 (日期:) <i>In attesa di test COVID-19 (Data:.....)</i>			
请报告有关您的健康状况的任何其他病理或有用信息: <i>Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:</i>			
日期及地点 <i>Data e luogo</i>	接种者或其法定代表人签名 <i>Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale</i>		