

<b>Prénom et Nom :</b> <i>Nome e Cognome:</i>	
<b>Date de naissance :</b> <i>Data di nascita:</i>	<b>Lieu de naissance :</b> <i>Luogo di nascita</i>
<b>Adresse :</b> <i>Residenza:</i>	<b>Téléphone :</b> <i>Telefono:</i>
<b>Carte sanitaire (si disponible) Numéro d'identification fiscale</b> <i>Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale</i>	

J'ai lu, j'ai reçu des explications dans une langue que je connais, et j'ai bien compris la Fiche d'information rédigée par l'Agence italienne du médicament (AIFA) sur le vaccin :

« ..... »

J'ai signalé au Médecin les maladies, actuelles et/ou antérieures, et les thérapies en cours. J'ai pu poser des questions sur le vaccin et sur mon état de santé ; j'ai obtenu des réponses complètes que j'ai comprises. J'ai reçu les informations avec des mots clairs. J'ai compris les bénéfices et les risques de la vaccination, les modalités et les alternatives thérapeutiques, ainsi que les conséquences d'un refus de me faire vacciner ou de recevoir la deuxième dose de vaccin, si elle est prévue.

Je suis conscient(e) qu'en cas d'effets secondaires, je devrai en informer immédiatement mon médecin traitant et suivre ses indications.

J'accepte de rester dans la salle d'attente pendant au moins **15 minutes** après l'administration du vaccin pour vérifier que je ne présente pas de réaction immédiate.

<b>J'ACCEPTÉ ET AUTORISE</b> <i>ACCONSENTO E AUTORIZZO</i>	<b>JE REFUSE</b> <i>RIFIUTO</i>
l'administration du vaccin <i>la somministrazione del vaccino</i>	l'administration du vaccin <i>la somministrazione del vaccino</i>
<b>Date et lieu :</b> <i>Data e luogo:</i>	<b>Date et lieu :</b> <i>Data e luogo:</i>
<b>Signature</b> de la personne recevant le vaccin ou de son Représentant légal <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>	<b>Signature</b> de la personne refusant le vaccin ou de son Représentant légal <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>
<b>Information des proches des personnes incapables d'exprimer leur consentement (loi n° 6 du 29 janvier 2021)</b> <i>Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)</i>	
<input type="checkbox"/> Le patient est incapable d'exprimer un consentement valable. Afin de protéger sa santé, compte tenu de l'indication à la vaccination, la décision de procéder à la vaccination anti-Covid-19 est partagée avec l'accompagnant identifié. <i>cfr Formulaire Prise de décision partagée de la proposition de vaccination contre la COVID-19 avec un proche</i>  <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>	
<b>Date et lieu :</b> .....	<b>Signature du Proche :</b> .....
<i>Data e luogo:</i> .....	<i>Firma del Familiare:</i> .....

**Professionnels de santé de l'équipe de vaccination**

*Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale*

<p><b>1. Prénom nom et fonction</b> <i>Nome cognome e ruolo</i></p>	<p><b>2. Prénom nom et fonction</b> <i>Nome cognome e ruolo</i></p>
<p>Je confirme que la personne a donné son consentement à la vaccination, après avoir été correctement informée <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato</i></p> <p><b>Signature :</b> <i>Firma:</i></p>	<p>Je confirme que la personne a donné son consentement à la vaccination, après avoir été correctement informée <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato</i></p> <p><b>Signature :</b> <i>Firma:</i></p>

**La présence d'un deuxième professionnel de santé est utile mais pas indispensable en cas de vaccination à domicile ou dans un contexte logistique-organisationnel critique**

**Détails opérationnels de la vaccination**

*Dettagli operativi della vaccinazione*

	<b>Site d'injection</b> <i>Sito di iniezione</i>		<b>Lot n°</b> <i>Lotto n.</i>	<b>Date d'expiration</b> <i>Scad.</i>	<b>Lieu de vaccination</b> <i>Luogo di somministrazione</i>	<b>Date et heure</b> <i>Data e ora</i>	<b>Signature du professionnel de santé</b> <i>Firma sanitario</i>
<p><b>1<sup>ère</sup> dose</b> <i>1° dose</i></p>	<p>Bras droit <i>Braccio destro</i></p>	<p>Bras gauche <i>Braccio sinistro</i></p>					
<p><b>2<sup>ème</sup> dose</b> <i>2° dose</i></p>	<p>Bras droit <i>Braccio destro</i></p>	<p>Bras gauche <i>Braccio sinistro</i></p>					



**VACCINATION ANTISARS-CoV-2/COVID-19 TRIAGE AVANT LA  
VACCINATION**

À remplir par le patient et à examiner avec les professionnels vaccinateurs

<p><b>Prénom et nom :</b> .....</p> <p><i>Nome e cognome:</i> .....</p> <p><b>Date et lieu de naissance :</b> .....</p> <p><i>Data e luogo di nascita:</i> .....</p>	<p><b>Téléphone :</b></p> <p><i>Telefono:</i></p> <p>.....</p>		
<p><b>ANAMNÈSE</b> <i>ANAMNESI</i></p>	<p><b>OUI</b> <i>SI'</i></p>	<p><b>NON</b> <i>NO</i></p>	<p><b>Je ne sais pas</b> <i>Non so</i></p>
<p>Êtes-vous actuellement malade ? <i>Attualmente è malato?</i></p>			
<p>Avez-vous de la fièvre ? <i>Ha febbre?</i></p>			
<p>Êtes-vous allergique au latex, à un aliment, à un médicament ou à un composant du vaccin ? Si oui, précisez : ..... <i>Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si specificare: .....</i></p>			
<p>Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave après avoir reçu un vaccin ? <i>Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?</i></p>			
<p>Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ou pulmonaire, d'asthme, d'une maladie rénale, de diabète, d'anémie ou d'autres affections sanguines ? <i>Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?</i></p>			
<p>Votre système immunitaire est-il affaibli ? <i>(Exemple : cancer, leucémie, lymphome, VIH/SIDA, transplantation)</i> <i>Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?</i> <i>(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)</i></p>			
<p>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire (<i>exemple : cortisone, prednisone ou autres stéroïdes</i>) ou des médicaments anticancéreux, ou avez-vous suivi des traitements de radiothérapie ? <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></p>			
<p>Au cours de l'année écoulée, avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, ou des immunoglobulines (Gamma) ou des médicaments antiviraux ? <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></p>			
<p>Avez-vous eu des crises d'épilepsie ou des problèmes au niveau du cerveau ou du système nerveux ? <i>Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?</i></p>			

<p>Avez-vous reçu d'autres vaccinations au cours des 4 dernières semaines ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <i>Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?</i></p> <p>.....</p>			
<p>Prenez-vous des médicaments anticoagulants ? <i>Sta assumendo farmaci anticoagulanti?</i></p>			
<p>Veillez préciser ci-après les médicaments, ainsi que les compléments alimentaires naturels, les vitamines, les minéraux ou les médicaments alternatifs que vous prenez : <i>Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<p><b>POUR LES FEMMES :</b> <i>PER LE DONNE:</i></p>	<p><b>OUI</b> <i>SI'</i></p>	<p><b>NON</b> <i>NO</i></p>	<p><b>Je ne sais pas</b> <i>Non so</i></p>
<p>Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être dans le mois qui suit la première ou la deuxième injection ? <i>è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?</i></p>			
<p>Allaitez-vous ? <i>sta allattando?</i></p>			
<p><b>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX LIÉS À LA COVID</b> <i>ANAMNESI COVID-CORRELATA</i></p>	<p><b>OUI</b> <i>SI'</i></p>	<p><b>NON</b> <i>NO</i></p>	<p><b>Je ne sais pas</b> <i>Non so</i></p>
<p>Au cours du mois dernier, <b>AVEZ-VOUS ÉTÉ</b> en contact avec une personne infectée par le Sars-CoV2 ou malade de COVID-19 ? <i>Nell'ultimo mese È stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?</i></p>			
<p>Présentez-vous l'un des symptômes suivants ? <i>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</i></p>			
<p>- Toux/rhume/fièvre/dyspnée ou symptômes grippaux <i>Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?</i></p>			
<p>- Mal de gorge/perte de l'odorat ou du goût <i>Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?</i></p>			
<p>- Douleur abdominale/diarrhée <i>Dolore addominale/diarrea?</i></p>			
<p>- Ecchymoses anormales ou saignements/rougeurs des yeux <i>Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?</i></p>			
<p>Avez-vous effectué un voyage international au cours du mois dernier ? <i>Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?</i></p>			
<p><b>TEST COVID-19</b> <i>TEST COVID-19</i></p>			
<p>Pas de test COVID-19 récent <i>Nessun test COVID-19 recente</i></p>			
<p>Test COVID-19 négatif (Date : ..... ) <i>Test COVID-19 negativo (Data:..... )</i></p>			
<p>Test COVID-19 positif (Date : ..... ) <i>Test COVID-19 positivo (Data ..... )</i></p>			
<p>En attente du test COVID-19 (Date : ..... ) <i>In attesa di test COVID-19 (Data:..... )</i></p>			

Veillez signaler toute autre maladie ou information utile sur votre état de santé :

*Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:*

.....  
.....

**Date et lieu**

*Data e luogo*

**Signature** du patient ou de son Représentant légal  
**Firma** del vaccinando o del suo Rappresentante legale