

<b>First name and surname:</b> <i>Nome e Cognome:</i>	
<b>Date of birth:</b> <i>Data di nascita:</i>	<b>Place of birth:</b> <i>Luogo di nascita</i>
<b>Address:</b> <i>Residenza:</i>	<b>Telephone:</b> <i>Telefono:</i>
<b>National Health Card (if available) Tax Code</b> <i>Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale</i>	

I have read, in a language known to me, and have fully understood the Information Leaflet issued by the Italian Medicines Agency (AIFA) for the vaccine: “ .....

I have informed the doctor about any current and/or past illnesses and ongoing treatment. I was given the chance to ask questions about the vaccine and my state of health, and received comprehensive answers that I understood. I was properly informed in words that were clear to me. I understand the benefits and risks of the vaccination, the methods and alternatives, and the consequences of refusing or refraining from completing the vaccination with the second dose, if applicable.

I am aware that if any side effects occur, it is my responsibility to inform my doctor immediately and follow his or her instructions.

I agree to stay in the waiting room for at least **15 minutes** after administration of the vaccine to ensure that no immediate adverse reactions occur.

<b>I AGREE TO AND AUTHORIZE</b> <b>ACCONSENTO E AUTORIZZO</b>	<b>I DO NOT AGREE TO</b> <b>RIFIUTO</b>
the administration of the vaccine <i>la somministrazione del vaccino</i> .....	the administration of the vaccine <i>la somministrazione del vaccino</i> .....
<b>Date and place:</b> <i>Data e luogo:</i>	<b>Date and place:</b> <i>Data e luogo:</i>
<b>Signature</b> of the person receiving the vaccine or his or her legal representative <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i> .....	<b>Signature</b> of the person refusing the vaccine or his or her legal representative <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i> .....
<b>Information to relatives of persons unable to give consent (Ref. Italian Law 29 January 2021, no.6)</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"/> The patient is unable to provide informed consent. In order to protect the patient's health, and in view of the recommendation for vaccination, the decision to proceed with the COVID-19 vaccination is shared with the family member. <i>cf. COVID19 vaccination recommendation form shared with relatives</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 and place:</b> ..... <i>Data e luogo:</i> .....	<b>Relative's signature:</b> ..... <i>Firma del Familiare:</i> .....

**Vaccination team members**

*Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale*

<p><b>1. First name surname and role</b> <i>Nome cognome e ruolo</i></p>	<p><b>2. First name surname and role</b> <i>Nome cognome e ruolo</i></p>
<p>I confirm that the vaccine recipient has given his or her consent to the vaccination, after receiving adequate information <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>I confirm that the vaccine recipient has given his or her consent to the vaccination, after receiving adequate information <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>

**The presence of a second health care professional is useful but not essential in the case of home vaccination or in a critical logistical and organisational context**

**Vaccination administration details**

*Dettagli operativi della vaccinazione*

	<b>Site of injection</b> <i>Sito di iniezione</i>		<b>Batch no.</b> <i>Lotto n.</i>	<b>Expiry</b> <i>Scad.</i>	<b>Where administered</b> <i>Luogo di somministrazione</i>	<b>Date and time</b> <i>Data e ora</i>	<b>Immuniser signature</b> <i>Firma sanitario</i>
<b>1<sup>st</sup> dose</b> <i>1° dose</i>	Right arm <i>Braccio destro</i>	Left arm <i>Braccio sinistro</i>					
<b>2<sup>nd</sup> dose</b> <i>2° dose</i>	Right arm <i>Braccio destro</i>	Left arm <i>Braccio sinistro</i>					

**SARS-CoV-2/COVID-19 VACCINATION PRE-VACCINE TRIAGE**

To be completed by the vaccine recipient and reviewed with the vaccination health care professionals

<p><b>First name and surname:</b> ..... <i>Nome e cognome:</i> .....</p> <p><b>Date and place of birth:</b> .....</p> <p><i>Data e luogo di nascita:</i> .....</p>	<p><b>Telephone:</b> <i>Telefono:</i> .....</p>		
<p><b>MEDICAL HISTORY</b> <i>ANAMNESI</i></p>	<p><b>YES</b> <i>SI'</i></p>	<p><b>NO</b> <i>NO</i></p>	<p><b>Don't know</b> <i>Non so</i></p>
<p>Are you feeling unwell today? <i>Attualmente è malato?</i></p>			
<p>Do you have a high temperature? <i>Ha febbre?</i></p>			
<p>Are you allergic to latex, any foodstuffs, medicines or any of the vaccine ingredients? If yes, please specify: ..... <i>Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:</i> .....</p>			
<p>Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccine? <i>Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?</i></p>			
<p>Do you suffer from heart or lung disease, asthma, kidney disease, diabetes, anaemia or other blood disorders? <i>Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?</i></p>			
<p>Are you immunosuppressed? (e.g. cancer, leukaemia, lymphoma, HIV/AIDS, transplant) <i>Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)</i></p>			
<p>In the last 3 months, have you taken any medicine that affects your immune system (e.g. cortisone, prednisone or other steroids) or anti-cancer drugs, or have you undergone radiation treatment? <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>Over the last year, have you received a blood transfusion or blood products, or have you been given immunoglobulins (gamma) or antiviral drugs? <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>Have you had any seizures or any problems with your brain or nervous system? <i>Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?</i></p>			
<p>Have you received any vaccinations in the last 4 weeks? If yes, which? <i>Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?</i> .....</p>			
<p>Are you taking any anticoagulant medication? <i>Sta assumendo farmaci anticoagulanti?</i></p>			
<p>Specify below the medicines, as well as any natural supplements, vitamins, minerals or alternative medicines you are taking: <i>Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:</i> ..... .....</p>			



<b>FOR WOMEN ONLY:</b> <i>PER LE DONNE:</i>		<b>YES</b> <i>SI'</i>	<b>NO</b> <i>NO</i>	<b>Don't know</b> <i>Non so</i>
Are you pregnant or are you considering getting pregnant in the month following the first or second dose? <i>è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?</i>				
Are you breast-feeding? <i>sta allattando?</i>				
<b>COVID-RELATED MEDICAL HISTORY</b> <i>ANAMNESI COVID-CORRELATA</i>		<b>YES</b> <i>SI'</i>	<b>NO</b> <i>NO</i>	<b>Don't know</b> <i>Non so</i>
In the last month, <b>have</b> you been in contact with a person infected with Sars-CoV2 or suffering from COVID-19? <i>Nell'ultimo mese <b>È</b> stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?</i>				
Have you had any of the following symptoms: <i>Manifesta uno dei seguenti sintomi:</i>				
- Cough/cold/high temperature/breathlessness or flu-like symptoms? <i>Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?</i>				
- Sore throat/loss of sense of smell or taste? <i>Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?</i>				
- Abdominal pain/diarrhoea? <i>Dolore addominale/diarrea?</i>				
- Abnormal bruising or bleeding/reddening of the eyes? <i>Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?</i>				
Have you travelled abroad in the last month? <i>Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?</i>				
<b>COVID-19 TESTS</b> <i>TEST COVID-19</i>				
No recent COVID-19 test <i>Nessun test COVID-19 recente</i>				
Negative COVID-19 test (Date: ..... ) <i>Test COVID-19 negativo (Data: ..... )</i>				
Positive COVID-19 test (Date: ..... ) <i>Test COVID-19 positivo (Data ..... )</i>				
Waiting for COVID-19 test (Date: ..... ) <i>In attesa di test COVID-19 (Data: ..... )</i>				
Report any other conditions or useful information about your health: <i>Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:</i> ..... .....				
<b>Date and place</b> <i>Data e luogo</i>		<b>Signature</b> of the vaccine recipient or his or her legal representative <i>Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale</i>		