

Имя и фамилия: <i>Nome e Cognome:</i>	
Дата рождения: <i>Data di nascita:</i>	Место рождения <i>Luogo di nascita</i>
Место жительства: <i>Residenza:</i>	Телефон: <i>Telefono:</i>
Медицинская карточка (при наличии) Код налогоплательщика <i>Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale</i>	

Я прочитал(а), мне объяснили на понятном мне языке и я полностью понял(а) Информационное уведомление, составленное Итальянским агентством по лекарственным средствам (AIFA), о вакцине: “

Я сообщил(а) врачу обо всех текущих и/или перенесенных патологиях и о их текущем лечении. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о вакцине и о состоянии моего здоровья, на которые я получил(а) исчерпывающие ответы, смысл которых мне понятен. Меня проинформировали понятными мне словами. Мне понятны преимущества и риски вакцинации, способ применения и терапевтические альтернативы, а также последствия, которые могут возникнуть в связи с отказом или отказом от завершения вакцинации второй дозой, если она запланирована.

Я понимаю, что в случае возникновения каких-либо побочных эффектов я буду обязан(а) немедленно сообщить об этом своего лечащего врача и следовать его указаниям.

Я согласен/согласна оставаться в зале ожидания не менее **15 минут** после введения вакцины, чтобы убедиться в отсутствии немедленных побочных реакций.

Я ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ И РАЗРЕШАЮ <i>ACCONSENTO E AUTORIZZO</i>	Я ОТКАЗЫВАЮСЬ <i>RIFIUTO</i>
от введения вакцины <i>la somministrazione del vaccino</i>	от введения вакцины <i>la somministrazione del vaccino</i>
Дата и место: <i>Data e luogo:</i>	Дата и место: <i>Data e luogo:</i>
Подпись прививаемого или его законного представителя <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>	Подпись лица, отказавшегося от вакцины или его законного представителя <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>

Информационное уведомление родственникам лиц, не способных выразить согласие (Закон от 29 января 2021г., №.6)
Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)

Пациент не способен выразить действенное согласие. В целях охраны его здоровья, учитывая показания к вакцинации, решение о проведении вакцинации против Covid-19 согласовывается с ответственным членом семьи. *Смотрите Форму для информирования членов семьи о предлагаемой вакцинации против COVID19*

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

Дата и место:..... **Подпись**
родственника:.....

Data e luogo:..... *Firma del Familiare:*.....