



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo
CF e P.IVA: 05841790826

U.O.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA CON REGISTRO TUMORI DI PALERMO E PROVINCIA

Dipartimento Assistenziale Integrato di Oncologia e Sanità Pubblica - Responsabile: Prof. Francesco Vitale
Laboratori di Riferimento Regionale per la Sorveglianza dell'Influenza, del Morbillo, della Rosolia Congenita e della Tuberculosis
Laboratorio di Riferimento Regionale della Sicilia Occidentale per l'Emergenza COVID-19
Ambulatorio Vaccinale dell'AOUP "P. Giaccone"

Via del Vespro n.133

Tel. 091.6553639

Email: registrotumoripalermo@unipa.it -- epidemiologia.registrotumori@policlinico.pa.it

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - *MODULO DI CONSENSO*

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
CODICE FISCALE (se disponibile): N.	MATRICOLA:

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa* in Allegato 1, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la *Scheda Anamnestica* in Allegato 2.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 30 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino *reazioni avverse immediate*.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino Comirnaty[®] prodotto da Pfizer-BioNTech[®].

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

**Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo
CF e P.IVA: 05841790826**

U.O.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA CON REGISTRO TUMORI DI PALERMO E PROVINCIA

Dipartimento Assistenziale Integrato di Oncologia e Sanità Pubblica - Responsabile: Prof. Francesco Vitale
Laboratori di Riferimento Regionale per la Sorveglianza dell'Influenza, del Morbillo, della Rosolia Congenita e della Tubercolosi
Laboratorio di Riferimento Regionale della Sicilia Occidentale per l'Emergenza COVID-19
Ambulatorio Vaccinale dell'AOUP "P. Giaccone"

Via del Vespro n.133

Tel. 091.6553639

Email: registrotumoripalermo@unipa.it – epidemiologia.registrotumori@policlinico.pa.it

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

1. Nome e Cognome _____

Ruolo _____

Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

2. Nome e Cognome _____

Ruolo _____

Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

	Sito di iniezione		LOT. N°	Scadenza	Data e ora somministrazione	Firma Sanitario
1° dose	Braccio destro	Braccio sinistro				
2° dose	Braccio destro	Braccio sinistro				