

## MODULO DI CONSENSO integrato, per minori 12-16 anni

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a..... il .....  
residente a ..... indirizzo .....  
in qualità di madre [ ] padre [ ] rappresentante legale [ ]

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a..... il .....  
residente a ..... indirizzo .....  
in qualità di madre [ ] padre [ ] rappresentante legale [ ]

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: **“Comirnaty- Pfizer”**
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre 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, se prevista.
- 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 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

### Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino **COMIRNATY- Pfizer**

a mio/a figlio/aa .....nato/a a ..... il .....

DATA E LUOGO .....

Firma della persona che riceve il vaccino o del/dei genitore/i o Rappresentante legale

**N.B. in caso di presenza di un solo genitore/rappresentante legale, FIRMA IL CONSENSO SOLO IL GENITORE PRESENTE (assumendo la responsabilità della scelta nei confronti dell’altro genitore)**

**Rifiuto la somministrazione del vaccino “ .....**

Data e Luogo

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

### **Professionisti Sanitari dell’equipe vaccinale**

1. Nome e Cognome (Medico).....

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

Firma .....

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) .....

Ruolo .....

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

Firma .....

**La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**