

Vaksinim kunder Covid -19

Formular aprovimi për minoren

Emër e mbiemër i personit që vaksinohet: _____

Data e lindjes _____ Vendi i lindjes _____

Telefoni _____ Vendbanimi _____

Unë i/e nënëshkruari/a _____ lindur në.....
më..... banues në..... adresa

në kualitetin e nënës [] përfaqësuesit ligjor []

Unë i/e nënëshkruari/a _____ lindur në.....

më..... banues në..... adresa

në kualitetin e babait [] përfaqësuesit ligjor []

- Kam lexuar, më është shpjeguar në një gjuhë të njohur, dhe kam kuptuar të gjithë dokumentin informues të hartuar nga Agjensia Italiane e farmaceutikës (AIFA) mbi vaksinën: "....."
- Kam vënë në dijeni Mjekun për patologjitë, aktuale dhe/ose të kaluara, terapitë që është duke bërë personi që vaksinohet.
- Kam pasur mundësi të drejtoj pyetje në lidhje me vaksinën dhe gjendjen shëndetësore të personit që vaksinohet, duke marrë përgjigje të plota dhe të kuptuara nga unë.
- Kam qënë i informuar korrektësisht me fjalë të qarta për mua. Kam marrë në konsideratë përfitimet dhe rreziqet e vaksinimit, mënyrat dhe alternativat terapeutike, si dhe konsekuencat e një refuzimi të mundshëm ose të një mos plotësimi të vaksinimit me dozën e dytë, nëse është parashikuar.
- Jam i vetëdijshëm që nëse do të verifikohet ndonjë efekt anësor do të jetë përgjegjësia ime të informoj menjëherë Mjekun kurues dhe të ndjek indikacionet e tij.
- Pranoj të mbaj të vaksinuarin në sallën e pritjes për të paktën 15 minuta nga injektimi i vaksinës për t'u siguruar që nuk do të verifikohen reaksione negative të menjëhershme.

APROVOJ DHE AUTORIZOJ marrjen e vaksinës "....." për

Data _____ dhe vendi.....

Firmat e prindërve ose e përfaqësuesit ligjor.....

Në rast mungese të një prej prindërve, në alternativë:

[] mund të paraqitet një prokur për aprovimin e vaksinimit nga ana e prindit mungues.

[] prindi i pranishëm daklaron dhe nënshkruan që: prindi mungues..... nuk pati mundësi të paraqitej, por aprovon vaksinimin.

Firma

REFUZOJ marrjen e vaksinës "" "

Data _____ dhe vendi.....

Firma e personit që refuzon vaksinën ose e përfaqësuesit të tij ligjor

Personeli Shëndetësor i ekipit të Vaksinimit

1. Emër e mbiemër (Mjeku).....

Konfirmoj që personi që vaksinohet ka dhënë miratimin e tij për vaksinim, pasi është informuar në mënyrë korrekte.

Firma

2. Emër e mbiemër (Mjeku o tjetër personel shëndetësor).....

Roli.....

Konfirmoj që personi që vaksinohet ka dhënë miratimin e tij për vaksinim, pasi është informuar në mënyrë korrekte.

Firma.....

Prania e personelit të dytë shëndetësor nuk është thelbësore në rast vaksinimi në klinikë ambulatore ose në kontekst tjetër ku vepron një mjek i vetëm, në banesën e personit që vaksinohet ose në një gjendje kritike logjistike-organizative.