

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

التطعيم المضاد للفيروس كورونا 19

MODULO DI CONSENSO per minori

استمارة الموافقة للأطفال

Nome e Cognome del vaccinando/a :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	Residenza:

اسم ولقب الشخص الملقح:	
مدينة الازدياد:	تاريخ الازدياد:
الإقامة:	الهاتف:

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

الموقع أدناه _____ ازداد في..... يوم.....
 مقم في عنوان.....
 كأم [] حارس قانوني []

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

الموقع أدناه _____ ازداد في..... يوم.....
 مقم في عنوان.....
 كأم [] حارس قانوني []

- 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: "....."
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando 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 Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di far rimanere il vaccinato nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate.

• لقد قرأت ، وقد تم توضيحها لي بلغة معروفة وفهمت تمامًا مذكرة المعلومات التي أعدتها وكالة الأدوية الإيطالية (AIFA) للقاح: " " .
 • أبلغت الطبيب عن الأمراض الحالية و / أو السابقة والعلاجات في سياق التطعيم.

- أتاحت لي الفرصة لطرح أسئلة حول اللقاح والحالة الصحية للقاح ، والحصول على إجابات شاملة ومفهومة.
- تم إعلامي بشكل صحيح بكلمات واضحة لي. أنا أفهم فوائد ومخاطر التطعيم ، والطرق والبدائل العلاجية ، وكذلك عواقب أي رفض أو التخلي عن إكمال التطعيم بالجرعة الثانية ، إن وجدت.
- أدرك أنه في حالة حدوث أي عرض جانبي ، سيكون من مسؤوليتي إبلاغ الطبيب المعالج على الفور واتباع تعليماته / تعليماتها.
- أوافق على بقاء اللقاح في غرفة الانتظار لمدة 15 دقيقة على الأقل بعد إعطاء اللقاح لضمان عدم حدوث ردود فعل سلبية فورية.

Accenso ed autorizzo la somministrazione del vaccino “.....” a

أوافق وأصرح بإعطاء اللقاح “.....” في.....

DATA E LUOGO التاريخ و المدينة.....

Firme dei genitori o Rappresentante legale

توقيعات الوالدين أو الممثل القانوني.....

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:

في حالة غياب أحد الوالدين ، كبديل:

potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente

يجوز تقديم توكيل لقبول تطعيم الوالد الغائب

il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente
è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione

يعلن الوالد الحاضر ويوقع أن: الوالد الغائب
لم يتمكن من الحضور ، لكنه وافق على التطعيم

توقيع.....

Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”

“.....” أنا أرفض إعطاء اللقاح “.....”

Data e Luogo.....

التاريخ و المدينة.....

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

توقيع رافض التطعيم أو من ينوب عنه قانون.....

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

مهنيو الرعاية الصحية في فريق التطعيم

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

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

Firma

1 . اسم و نسب (الطبيب).....

أؤكد أن الملقح قد أعطى موافقته على التطعيم ، بعد إبلاغه بشكل مناسب.

التوقيع

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

2 . الاسم واللقب (طبيب أو أخصائي رعاية صحية آخر)

الدور

أؤكد أن الملتح قد أعطى موافقته على التطعيم ، بعد إبلاغه بشكل مناسب.

التوقيع

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.

إن وجود الاختصاصي الصحي الثاني ليس ضروريًا في حالة التطعيم في العيادة أو أي سياق آخر حيث يعمل طبيب واحد ، في منزل الشخص الذي يتم تطعيمه أو في حالة خطورة لوجستية وتنظيمية.