

☐ **PFIZER-BIONTECH COVID-19** ☐ **MODERNA COVID-19** ☐ **NUVAXOVID COVID-19**

Nom et prénom _____

Date de naissance _____ lieu de naissance _____

Résidence _____ téléphone _____

Carte d'assurance maladie (si présente) n. _____

J'ai lu, on m'a expliqué dans une langue connue et j'ai bien compris la note d'information rédigée par l'Agence italienne du médicament (AIFA) du vaccin susmentionné.

J'ai signalé au médecin les maladies, actuelles et/ou antérieures, et les thérapies en cours.

J'ai eu l'occasion de poser des questions sur le vaccin et mon état de santé; j'ai obtenu des réponses complètes et j'ai compris.

J'ai été correctement informé/e avec des mots qui étaient clairs pour moi. J'ai compris les avantages et les risques de la vaccination, les modalités de traitement et les alternatives, ainsi que les conséquences d'un refus ou d'un refus de compléter la vaccination par la deuxième dose, si prévue.

Je suis conscient/e qu'en cas d'effets secondaires, il sera de ma responsabilité d'informer immédiatement mon médecin traitant et de suivre ses instructions.

J'accepte de rester dans la salle d'attente pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin afin de m'assurer qu'aucune réaction indésirable immédiate ne survient.

☐ **J'ACCEPTE ET AUTORISE** l'administration de la vaccination à l'aide du vaccin ci-dessus

Date et lieu _____

Signature de la personne recevant le vaccin ou de son représentant légal _____

☐ **Je REFUSE** l'administration du vaccin ci-dessus

Date et lieu _____

Signature de la personne refusant le vaccin ou de son représentant légal _____

Des informations sur le traitement des données à caractère personnel conformément aux articles 13 et 14 du règlement (UE) 2016/679 sont disponibles à l'adresse suivante:

<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda> ou bien en scannant le Qr Code dans la marge.



Signature _____

LE PERSONNEL DE SANTÉ QUI A EFFECTUÉ LA VACCINATION

1. Prénom et nom _____

Rôle _____

Je confirme que la personne vaccinée a donné son consentement à la vaccination après avoir été correctement informée.

Signature _____

2. Prénom et nom _____

Rôle _____

Je confirme que la personne vaccinée a donné son consentement à la vaccination après avoir été correctement informée..

Signature _____

La présence d'un second professionnel de santé n'est pas indispensable en cas de vaccination dans une clinique ambulatoire ou dans un autre contexte où un seul médecin opère, au domicile de la personne vaccinée ou dans une situation critique sur le plan logistique et organisationnel

FICHE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A remplir par le vacciné et à revoir avec les professionnels de santé en charge de la vaccination.

Nom et prénom	Téléphone		
ANAMNÈSE	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Êtes-vous actuellement malade?	☐	☐	☐
Avez-vous de la fièvre?	☐	☐	☐
Avez-vous des allergies au latex, à un aliment, à un médicament ou à un composant de vaccin? Si OUI, veuillez préciser	☐	☐	☐
Avez-vous déjà eu une réaction grave après avoir reçu un vaccin?	☐	☐	☐
Avez-vous une maladie cardiaque ou pulmonaire, de l'asthme, une maladie rénale, du diabète, de l'anémie ou d'autres troubles sanguins?	☐	☐	☐
Vous avez un système immunitaire déficient ? (Exemple : cancer, leucémie, lymphome, VIH/SIDA, transplantation)?	☐	☐	☐
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire (exemple : cortisone, prednisone ou autres stéroïdes) ou des médicaments anticancéreux, ou subi des traitements de radiothérapie?	☐	☐	☐
Au cours de l'année écoulée, avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, ou avez-vous reçu des immunoglobulines (gamma) ou des médicaments antiviraux?	☐	☐	☐
Avez-vous eu des crises d'épilepsie ou des problèmes au niveau du cerveau ou du système nerveux?	☐	☐	☐
Avez-vous reçu des vaccins au cours des 4 dernières semaines ? Si OUI, lesquels? _____	☐	☐	☐
Pour les femmes: Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être dans le mois qui suit la première ou la deuxième dose?	☐	☐	☐
Vous allaitez?	☐	☐	☐

Veuillez préciser ci-dessous les médicaments, en particulier les anticoagulants, ainsi que les compléments naturels, vitamines, minéraux ou médecines alternatives que vous prenez: _____

ANTÉCÉDENTS LIÉS AU COVID	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Au cours du dernier mois, avez-vous été en contact avec une personne infectée par le Sars-CoV2 ou le COVID-19?	☐	☐	☐
VOUS PRÉSENTEZ L'UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS:			
• Toux/rhume/ fièvre/ dyspnée ou symptômes grippaux?	☐	☐	☐
• Mal de gorge/perde de l'odorat ou du goût?	☐	☐	☐
• Douleur abdominale/diarrhée?	☐	☐	☐
• Ecchymoses anormales ou saignements/rougeurs des yeux ?	☐	☐	☐
• Avez-vous effectué un voyage international au cours du dernier mois?	☐	☐	☐
TEST COVID-19 :			
• Pas de test COVID-19 récent			
• Test COVID-19 négatif (date _____)	☐	☐	☐
• Test COVID-19 positif (date _____)			
• En attente du test COVID-19 (date _____)			

Veuillez signaler toute maladie ou information concernant votre état de santé _____

Date et lieu _____

Signature du vacciné ou de son représentant légal _____