

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

NUVAXOVID COVID-19

名 _____ 姓 _____

出生日期 _____ 出生地点 _____

居所 _____ 电话 _____

医疗卡号码(如果有的话) _____

我已阅读并以已知语言向我说明，我完全理解意大利药品管理局 (AIFA) 制定的上述疫苗的信息说明。

我向医生报告了当前和/或以前的病理以及正在进行治疗。

我有机会询问有关疫苗和我的健康状况的问题，获得全面和理解的答案。

我已被清楚地正确告知，并且我了解疫苗接种的好处和风险、方式和治疗选择，以及任何拒绝或放弃完成第二剂疫苗接种的后果（如果有）。

我知道如果发生任何副作用，我有责任立即通知我的医生并遵循他/她的指示。

我同意在接种疫苗后至少在候诊室停留 15 分钟，以确保不会立即发生不良反应。

我同意并授权使用上述疫苗接种疫苗

地点于日期 _____

接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 _____

我不同意使用上述疫苗接种疫苗

地点于日期 _____

不同意接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 _____

有关根据 2016/679 欧盟法规第 13 条和第 14 条处理个人数据的信息，请访问：<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-impresa> 或扫描空白处的二维码。



签字 _____

接种疫苗的医护人员

1. 名 _____

姓 _____

任务 _____

我确认接种疫苗的人已在充分通知后同意接种疫苗。

签字 _____

2.名 _____

姓 _____

任务 _____

我确认接种疫苗的人已在充分通知后同意接种疫苗。

签字 _____

在诊所或其他单一医生操作的环境中，在个人家中或处于后勤组织紧急状态的情况下，第二卫生专业人员的存在不是必不可少的

病历单词

由接种疫苗的人填写，并由疫苗接种卫生专业人员进行审查。

名	姓	电话			
ANAMNESI 病历			有	没有	不知道
您现在患病吗?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
发烧有吗?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否对乳胶、任何食物、药物或疫苗成分过敏? 如果是, 请指定			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
接种疫苗后有严重的反应吗?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否患有心脏或肺部疾病、哮喘、肾脏疾病、糖尿病、贫血或其他血液疾病?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否处于免疫系统受损的状态? (例如: 癌症、白血病、淋巴瘤、艾滋病毒/艾滋病、移植)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在过去 3 个月内, 您是否服用过任何削弱免疫系统的药物 (例如: 可的松、泼尼松或其他类固醇) 或抗癌药物, 或者您是否接受过放射治疗?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在过去一年中, 您是否接受过输血或血液制品, 或者是否接受过免疫球蛋白 (γ) 或抗病毒药物治疗?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您有过抽搐或任何大脑或神经系统问题吗?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您在过去 4 周内是否接种过任何疫苗? 如果是, 是哪一个? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
对于女性: 您是否怀孕或计划在第一次或第二次给药后的一个月内怀孕?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您在母乳喂养吗?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

在下面指明药物, 特别是那些抗凝剂, 以及天然补充剂、维生素、矿物质或您正在服用的任何替代药物: _____

相关的 COVID 病历	有	没有	不知道
上个月您是否接触过感染了 Sars-CoV2 或受 COVID-19 影响的人?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
表现出以下症状之一:			
• 咳嗽/感冒/发烧/喘息或流感样症状?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 喉咙痛/嗅觉或味觉丧失?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 腹痛/腹泻?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 眼睛异常瘀伤或流血/发红?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 上个月您是否进行过任何国际旅行?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID-19 测试:			
• 最近没有 COVID-19 测试	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 阴性 COVID-19 测试 (日期_____)			
• 阳性 COVID-19 测试 (日期_____)			
• 等待 COVID-19 测试 (日期_____)			

报告有关您健康状况的任何病理或新闻 _____

日期于地点 _____

接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 _____