

疫苗激发针接种同意书

PFIZER-BIONTECH COVID-19 **MODERNA COVID-19**

辉瑞-生物科技COVID-19 **MODERNA COVID-19**

Nome e cognome _____

名 _____ 姓 _____

Data di nascita _____ luogo di nascita _____

出生日期 _____ 出生地点 _____

Residenza _____ telefono _____

居所 _____ 电话 _____

Tessera sanitaria (se disponibile) n. _____

医疗卡号码(如果有的话) _____

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 sopra indicato.

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。

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

我向医生报告了当前和/或以前的病理以及正在进行治疗。

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

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。

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 alla dose di richiamo (dose booster).

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，任何拒绝或放弃加强疫苗（激发针）。

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

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。

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

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。

ACCONSENTO ED AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante il vaccino sopra indicato

我同意并授权使用上述疫苗接种疫苗

Data e luogo _____

地点于日期 _____

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale _____

接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 _____

RIFIUTO la somministrazione del vaccino sopra indicato

我不同意使用上述疫苗接种疫苗

Data e luogo _____

地点于日期 _____

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante legale _____

不同意接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 _____

PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

接种疫苗的医护人员

1. Nome e cognome _____

名 _____ 姓 _____

Ruolo _____

任务 _____

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

我确认接种疫苗的人已在充分通知后同意接种疫苗。

Firma _____

签字 _____

2. Nome e cognome _____

名 _____ 姓 _____

Ruolo _____

任务 _____

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

我确认接种疫苗的人已在充分通知后同意接种疫苗。

Firma _____

签字 _____

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

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