

Azienda Provinciale **per i Servizi Sanitari**
Provincia Autonoma di Trento

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

DOCUMENTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

(ex art. 1, punto 4, Legge 219/2017)

Форма згоди на проведення щеплення від
Ковід 19

(колишня ст. 1, пункт 4, Закон 219/2017)

Nome e Cognome: Ім'я і Прізвище:	
Data di nascita: Дата народження:	Luogo di nascita: Місце народження:
Residenza: Адреса:	Telefono: Номер телефону:
Tessera sanitaria (se disponibile)/ Codice fiscale: Медична картка (за наявності)/ Ідентифікаційний (італійський) код	

Il sottoscritto dichiara:

Нижчепідписаний заявляє:

- di aver letto la nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) relativa al vaccino:
- ознакомлений(а) з інформаційним листом складеним Італійським Фармацевтичним Агенством (AIFA) щодо вакцини:
- di aver compilato e sottoscritto l'allegata scheda di triage vaccinale;
- заповнив(ла) та підписав(ла) додаток медичної історії про щеплення;
- di aver avuto la possibilità di porre domande al professionista sanitario preposto, in merito al vaccino, alle sue indicazioni, alle sue controindicazioni;
- мав(ла) можливість поставити питання відповідальному медичному працівнику все, що стосується вакцини, її показань і протипоказань;
- di essere stato esaurientemente informato, in modo chiaro e comprensibile sulla finalità della specificaprofilassi vaccinale, sui benefici attesi e sui rischi prevedibili della stessa;
- був(ла) повністю проінформований(на), і все чітко зрозумів(ла), про мету вакцинопрофілактики, про переваги та ризики такої вакцинації;
- di aver compreso che, in assenza di terapie specifiche e validate, la profilassi vaccinale rappresenta - ad oggi - l'unico strumento efficace ad evitare le infezioni da virus SARS-CoV-2 ed i relativi stati patologici;
- зрозумів(ла), що за відсутності специфічних і перевірених методів лікування вакцинопрофілактики, на сьогоднішній день залишається єдиним ефективним засобом протидії поширенню Sars-Cov-2;
- di aver, quindi, compreso che sottraendosi alla vaccinazione sarò esposto al rischio pandemico e che esporrò allo stesso rischio i miei contatti.

- розумію, що зробивши щеплення я піддаюся ризику пандемії, і що можливо, наражатиму своїх близьких тому самому ризику;

Per quanto sopra, dichiarandomi soddisfatto dell'informazione ricevuta ed avendo compreso il valore individuale e collettivo della vaccinazione proposta,

Для вищезазначеного, підтверджую, що я задоволений(на) наданою мені інформацією і розумію індивідуальну та колективну цінність запропонованої вакцини,

ACCONSENTO
ДАЮ ЗГОДУ

all'atto vaccinale, dichiarandomi disposto ad attendere, dopo la vaccinazione, per almeno 15 minuti, nell'apposita area di sorveglianza onde escludere il verificarsi di reazioni avverse immediate ed impegnandomi, in caso di reazioni avverse tardive, a darne pronta indicazione al mio medico curante.

На проведення щеплення, підтверджую, що я готовий(а) залишитися після вакцинації ще 15 хвилин у медустанові, у разі виникнення побічних реакцій, зобов'язуюся негайно повідомити мого лікаря.

Data e Luogo Дата і місце

Firma del vaccinando o, in sua vece, del soggetto legalmente abilitato o del suo fiduciario

Підпис вакцинованої особи, або яка є опікуном пацієнта, або приймає рішення від імені пацієнта

