

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO (DOSE ADDIZIONALE/DOSE DI RICHIAMO)

**ФОРМА ЗГОДИ НА ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕННЯ ВІД КОВІД 19
(БУСТЕРНА ДОЗА/ДОДАТКОВА ДОЗА)**

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): Медична картка (за наявності):	

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: _____

Я ознайомлений(а) з інформаційним листом складеним Італійським Фармацевтичним Агенством (AIFA): _____

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

Я повідомив(ла) лікаря про будь-які захворювання, які у мене є або були, і про ліки, які я приймаю.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute 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 (ivi inclusa la dose di richiamo).

Я мав(ла) можливість поставити запитання про вакцину та моє здоров'я, на що отримав(ла) повну інформацію, і все чітко зрозумів(ла). Інформація була надана мені зрозумілою мовою. Розумію ризики та переваги вакцини, спосіб її введення та альтернативні методи лікування, а також наслідки будь-якої відмови від вакцини, або рішення не завершити повністю лікування додатковою дозою.

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

Я усвідомлюю, що у разі виникнення будь-яких побічних ефектів, я зобов'язаний(а) негайно повідомити свого лікаря та у випадку виконати потрібні інструкції.

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

Я погоджуюся залишитися ще 15 хвилин після щеплення в медустанові для уникнення побічних реакцій.

Data e Luogo _____ Дата і місце _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale. Підпис вакцинованої особи, або яка є опікуном пацієнта