

Il sottoscritto in seguito alla somministrazione della 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali, derivanti da dichiarazione falsa o mendace DICHIARA:

<b>Nome e Cognome</b>			<b>U.O. di appartenenza</b>		
			<b>Ruolo</b>		
<b>Codice Fiscale</b>			<b>Telefono</b>		
<b>Data di nascita</b>			<b>1<sup>a</sup> Dose</b>		<b>2<sup>a</sup> Dose</b>
<b>Molto Comuni</b>			<b>Non Comuni</b>		
<b>Reazione</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Reazione</b>	
Dolore, Arrossamento, Gonfiore nel sito di iniezione				Ingrossamento dei linfonodi	
Stanchezza				Insonnia	
Mal di testa				Rash cutanei	
Dolori Muscolari					
Brividi					
Dolori Articolari					
Febbre					
Nausea/Vomito					
<b>RARE GRAVI REAZIONI ALLERGICHE</b>					
Orticaria (protuberanze sulla pelle che sono spesso molto pruriginose)					
Gonfiore del viso, della lingua o della gola					
Respirazione difficoltosa					
In caso di sintomi gravi o sintomi che potrebbero essere correlati ad una reazione allergica, valutare se sospendere la vaccinazione.					
<b>Altre reazioni - Breve descrizione della comparsa e della durata</b>					

Dichiaro inoltre di essere stato informato sulla tipologia di Vaccino, il contenuto, su possibili eventi avversi ed eventuali comportamenti da adottare come da nota informativa consegnatami.

Il Medico Vaccinatore \_\_\_\_\_

Dettagli Operativi della Vaccinazione II Dose vaccino						
Sito Iniezione		Lotto N°	Scadenza	Luogo di Somministrazione	Ora	Firma Sanitario
Braccio Dx	Braccio Sx					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

La presente scheda sarà allegata al modulo consenso vaccinazione anti-Covid 19 già acquisito per la 1 dose e conservato nei nostri archivi.

Il sottoscritto esprime il consenso all'apertura, alla consultazione del proprio Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei sanitari che lo hanno in carica e all'inserimento della pregressa documentazione sanitaria nello stesso.

Il Dichiarante \_\_\_\_\_