

姓名:	
出生日期:	出生地:
居住地:	电话:
健康卡 (如果有) 税号	

我已阅读 (以已知语言被告知) 并我完全理解意大利药品管理局 (AIFA) 准备的疫苗信息说明: “..”

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, 从而获得了全面易懂的答案。我已经通过我清楚的语言被正确地告知。我已了解疫苗接种的益处和风险、方式和治疗替代方案, 以及任何拒绝或放弃完成第二剂疫苗接种的后果 (如果有)。

我已知悉可能会发生的任何副作用, 我有责任立即通知我的医生并遵循指示。

我同意在接种疫苗后在候诊室停留至少15分钟, 以确保不会立即发生不良反应。

我同意并授权	我拒绝
接种疫苗	接种疫苗
日期和地点:	日期和地点:
同意接种疫苗的人或其法定代表人签名	拒绝接种疫苗的人或其法定代表人签名
无法表达同意的受试者的亲属信息 (2021年1月29日第6号参考法案) <input type="checkbox"/> 患者无法表达有效同意。为了保护其健康, 并考虑到疫苗接种的适应症, 应与家属分享进行新冠疫苗接种的决定。参见与家属分享的针对新冠疫苗接种提案的表单 日期和地点: 家属签名:	

疫苗接种团队的专业卫生人员

1. 姓名和职位	2. 姓名和职位
我确认接种者在被充分告知后同意接种疫苗 签名:	我确认接种者在被充分告知后同意接种疫苗 签名:

在家里接种疫苗时或在物流组织危急的背景下, 第二名专业卫生人员的存在是有用的, 但不是必需的

疫苗接种操作详情

	注射部位		批次	截止期	接种地点	日期和时间	卫生人员签字
第1剂	右臂	左臂					
第2剂	右臂	左臂					



抗SARS-CoV-2/新型冠状病毒肺炎疫苗接种前分流

由疫苗接种者填写并与疫苗接种专业卫生人员一起审查

姓名:		电话:		
出生日期和地点:		
病史		是	否	不知道
您目前患病吗?				
您发烧吗?				
您是否对乳胶、任何食物、药物或疫苗成分过敏? 如果有, 请说明:				
您是否有过接种疫苗后的严重反应?				
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?				
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)				
在过去的3个月里, 您是否使用过削弱免疫系统的药物(如皮质松、普利尼松或其他类固醇)或抗癌药物, 或者是否接受过放射治疗?				
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?				
大脑或神经系统是否有过抽搐或任何问题?				
您是否在过去4周内接种过任何疫苗? 如果有, 请列出?				
您是否正在使用稀释血液的药物?				
请在下方说明您正在使用的药物以及天然补充剂、维生素、矿物质或任何替代药物:				
.....				
对于女性:		是	否	不知道
您是否怀孕或是否计划在第一次或第二次注射后的一个月内怀孕?				
您是否正在母乳喂养?				
感染过新冠		是	否	不知道
在过去的一个月中, 您是否与感染了Sars-CoV2或感染了新冠的人接触过?				
您是否有以下任何症状:				
- 咳嗽/感冒/发烧/喘息或类似流感的症状?				
- 喉咙痛/嗅觉或味觉丧失?				
- 腹痛/腹泻?				
- 眼睛出现异常瘀伤或流血/发红?				
您上个月进行过国际旅行吗?				
新冠检测				
<input type="checkbox"/> 最近没有做过新冠检测				
<input type="checkbox"/> 新冠检测呈阴性 (日期:))				
<input type="checkbox"/> 新冠检测呈阳性 (日期:))				
<input type="checkbox"/> 正在等待新冠检测 (日期:))				
请报告有关您的健康状况的任何其他病理或有用信息:				
日期及地点		接种者或其法定代表人签名		