



VACCINAZIONE ANTI-COVID19  
 MODULO DI CONSENSO  
**Comirnaty PFIZER - 10 microgrammi/dose**

BAMBINI  
 età 5-11 anni

COGNOME	NOME	
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	TEL	
CODICE FISCALE	ETÀ (anni compiuti)	

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:

**“Comirnaty PFIZER - 10 microgrammi/dose” per BAMBINI di età 5-11 anni**

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

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del mio bambino/a 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 con la seconda dose, se prevista.

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

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

Luogo e data: .....

**Accenso ed autorizzo** la somministrazione del vaccino **“Comirnaty PFIZER - 10 mgr/dose”**.

.....  
*firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante*

**Rifiuto** la somministrazione del vaccino “.....”.

.....  
*firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante*

**PROFESSIONISTI SANITARI DELL’EQUIPE VACCINALE**

1. Cognome e Nome (Medico) \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato. *Firma:* .....

2. Cognome e Nome (Medico o altro Professionista Sanitario) \_\_\_\_\_

ruolo:  INFERMIERE  ASSISTENTE SANITARIO  \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato. *Firma:* .....

**La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.**