ВІДБУЛАСЯ АДМІНІСТРАЦІЯ

ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ COVID 19

Італія відроджується з квіткою

Підпис Лікаря _____

Наклеїті
ти
етикетку
тут

Avvenuta somministrazione

Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Firma sanitario _____

A Вакцинація проти Covid 19

Згода на обробку персональних даних

_____ Нижче підписан ____(прізвище та ім'я)_____

народився___ в_____пров._ рік і число _____

ідентифікаційний код_____

місце проживання _____

вул._____,n˚_____

Наклеїти ти етикетку тут

ДАНІ ОПІКУНКА

Ім'я та прізвище_____

ідентифікаційний код_____

ПОГОДЖЕНИЙ

Читати, підтвердити та підписати

відповідно до та для цілей Регламенту (ЄС) 2016/679 (DGPR), з підписанням цієї форми, щоб обробка персональних даних у спосіб та в межах, визначених у інформаційному повідомленні, що додається.

Читати, підтвердити та підписати

Дата____/____/_____

Місце _____

Підпис _____ (Підпис особи, яка отримує вакцину, або її юридичного

РЕГЛАМЕНТ (ЄС) 2016/679 (GDPR)

Шановний пане/пані,

Повідомляємо, що Регламент (ЄС) 2016/679 (DGPR) передбачає захист фізичних осіб з Щодо обробка персональних даних, а також вільний обіг таких даних. Відповідно до зазначеного законодавства таке лікування буде на основі принципів коректності, законності та прозорості та захисту Вашої конфіденційності та Ваших прав. Відповідно до Регламент (ЄС) 2016/679 (DGPR), тому ми надаємо вам таку інформацію:

1 Надані вами дані будуть оброблені для відстеження застосування вакцини проти Covid 19.

2 Лікування проводитиметься в комп'ютеризованому режимі.

3 Надання даних ОБОВ'ЯЗКОВО для запису успішного введення вакцини проти Covid 19 до Системи National Healthcare і що будь-яка відмова надати такі дані призведе до неможливості продовження відносин

4 Дані можуть бути/будуть передані Національній службі здоров'я та Міністерству охорони здоров'я. Обробка також стосуватиметься персональних даних, які підпадають під категорію «чутливих» даних, тобто даних, придатних для виявлення статусу здоров'я вакцинованої особи.

5 Особою, відповідальною за обробку персональних даних, є INVITALIA зі штаб-квартирою за адресою in Via Calabria, 46 - 00187 Roma

6 У будь-який час ви можете скористатися своїми правами щодо розпорядника даних відповідно до Регламенту (UE) 2016/679(DGPR).

A Vaccinazione Anti-Covid 19

Consenso al trattamento dei dati personali

Dati personali

____ **sottoscritt**___ **(cognome e nome)**_____

_____

nat ___ **a** _____ **prov.** ____ **il** _____

Codice fiscale _____

residente a _____

via _____ **,n°** ____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Data ___ / ___ / ____

Luogo _____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,
Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al
trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
2. Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
3. Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
4. I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.
   Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.
   I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
5. Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).

B

Вакцинація проти Covid 19

Самосертифікація

Нижче підписан(прізвище та ім'я) _____

_____

народився в _____ рік і число _____

Наклеїти ти етикетку тут

ДАНІ ОПІКУНКА

Ім'я та прізвище _____

ідентифікаційний код _____

Усвідомлюючи, що відповідно до ст. 76 Указу Президента 445/2000, неправдиві декларації, фальшивість документів та використання документів підробки караються відповідно до кримінального кодексу та особливих законів, що діють на цю тему, він заявляє за власним відповідальність за належність до однієї з таких категорій:

- ☐ Відвідування громади (наприклад, дитячий садок)
- ☐ Співмешканка суб'єкта підвищеного ризику
- ☐ Ув'язнений
- ☐ Вік > 60
- ☐ Сили поліції
- ☐ Пожежники
- ☐ Вагітна жінка
- ☐ Оператор охорони здоров'я
- ☐ Немедичні працівники
- ☐ Літні люди Довготривалий догляд
- ☐ Лікарі загальної практики та безкоштовні педіатри вибір.
- ☐ Персонал лабораторії
- ☐ Проживання в районі з найбільшим ризиком
- ☐ Інші роботи під загрозою
- ☐ Донори крові
- ☐ Оператор школи
- ☐ Персонал довготривалого догляду
- ☐ Студентка відділу здоров'я
- ☐ Волонтер сектору охорони здоров'я
- ☐ Інше
- ☐ Суб'єкт вразливий до патології
- ☐ Без ознак

☐ Я заявляю, що я вже отримав 1 -шу дозу вакцини в країні/регіоні _____

типології _____ Дата _____

☐ Я заявляю, що я вже отримав 2гу дозу вакцини в країні/регіоні _____

типології _____ Дата _____

Дата ___/____/____

Підпис _____

(Підпис особи, яка отримує вакцину, або її юридичного представника)

B

Vaccinazione Anti-Covid 19

Autocertificazione

___ sottoscritt __(cognome e nome) _____

_____

nat__ a _____ prov. ____ il _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- ☐ Frequenza comunità (es.asilo)
- ☐ Convivente di soggetto ad alto rischio
- ☐ Detenuto
- ☐ Età > 60
- ☐ Forze di Polizia
- ☐ Vigili del Fuoco
- ☐ Donna in gravidanza
- ☐ Operatore Sanitario
- ☐ Operatori non Sanitari
- ☐ Anziani Lungodegenza
- ☐ Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta
- ☐ Personale di Laboratorio
- ☐ Residenza in area a maggior rischio
- ☐ Altra attività lavorativa a rischio
- ☐ Donatori di Sangue
- ☐ Operatore Scolastico
- ☐ Staff strutture di Lungodegenza
- ☐ Studente dell'Area Sanitaria
- ☐ Volontario del settore della Sanità
- ☐ Altro
- ☐ Soggetto vulnerabile per Patologia
- ☐ Nessuna indicazione

☐ **Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese** _____

della tipologia _____ **in data** _____

Data ___ / ___ / ___

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Autocertificazione

Вакцинація проти Covid 19

Анамнестична карта

Ім'я та прізвищ _____

ідентифікаційний код _____

Телефон _____

ДАНІ ЮРИДИЧНОГО ПРЕДСТАВНИКА

Ім'я та прізвище _____

ідентифікаційний код _____

Наклеїті ти етикетку тут

Анамнез

Заповнюється вакцинатором та перевіряється разом із медичними працівниками, призначеними для вакцинації.

1	Ви зараз хворієте	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
2	У вас температура	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
3	Чи страждаєте ви алергією на лактосу, будь-які продукти, ліки чи компоненти вакцини? Якщо так, будь ласка, уточніть _____	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
4	Чи були у вас коли-небудь серйозні реакції після вакцинації?	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
5	Страждає від захворювань серця або легенів, астми, захворювання нирок, діабету або анемії інші захворювання крові?	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
6	У вас ослаблена імунна система? (Приклад: рак, лейкемія, лімфома, ВІЛ/СНІД, трансплантація)?	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
7	Протягом останніх 3 місяців приймали препарати, які послаблюють імунну систему (наприклад: кортизон, преднізон або інші стероїди) або протипухлинні препарати, або проходив променеве лікування?	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
8	Протягом останнього року вам робили переливання крові чи вам давали імуноглобуліни (гамма) чи противірусні препарати?	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
9	Були напади судорг або якісь проблеми з нервовою системою?	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
10	Чи робили ви щеплення за останні 4 тижні? Якщо так, то які? _____	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
	Для жінок:			
11	при першому чи другому введенні?	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ
12	Чи приймаєте Ви антикоагулянти?	☐ ТАК	☐ НІ	☐ НЕ ЗНАЮ

Будь ласка, вкажіть нижче будь-які ліки, натуральні добавки, вітаміни, мінерали або будь-які альтернативни

_____

_____

C

Vaccinazione Anti-Covid 19

Scheda Anamnestica

Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui l'etichetta adesiva

Anamnesi

Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

1	Attualmente è malato?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
2	Ha febbre?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
3	Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: _____	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
5	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malatte renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
6	Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
7	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
8	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
9	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
10	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
11	Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
12	Per le donne: sta allattando?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
13	Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

_____

_____

D Вакцинація проти Covid 19

ФОРМА ЗГОДИ

Прізвище _____

Ім'я _____

ідентифікаційний код _____

Indirizzo residenza _____

Телефон _____

Місце і дата народження _____

ДАНІ ЮРИДИЧНОГО ПРЕДСТАВНИКА

Ім'я та прізвищ _____

ідентифікаційний код _____

Наклеїті ти етикетку тут

✓ Я прочитав, це було проілюстровано мені відомою мовою, і я повністю зрозумів Інформаційну записку, підготовлену Італійським агентством Ліки (AIFA) для вакцини, вибрані нижче, копію якого я отримую

✓ Я правдиво склав та перевірив анамнестичну картку з медичним персоналом, в якій повідомлялося про поточні патології та/або минулі та поточні терапії.

✓ У присутності медичного працівника з питань вакцинації я задавав питання про вакцину та стан мого здоров'я отримання вичерпних і зрозумілих відповідей.

✓ Мене правильно поінформували зрозумілими словами, я зрозумів переваги та ризики вакцинації, методи та методи терапевтичні альтернативи, а також наслідки будь-якої відмови або відмови від завершення вакцинації

✓ Я усвідомлюю, що якщо виникнуть будь-які побічні ефекти, я зобов'язаний негайно повідомити свого лікаря і дотримуйтесь інструкцій.

✓ Я погоджуюся залишатися в залі очікування принаймні 15 хвилин після введення вакцини, щоб переконатися, що вона не станеться негайні побічні реакції.

☐ Я погоджуюсь і даю дозвіл на проведення вакцинації вакциною **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**

☐ Я погоджуюсь і даю дозвіл на проведення вакцинації вакциною **"COVID-19 Vaccine Moderna"**

☐ Я погоджуюсь і даю дозвіл на проведення вакцинації вакциною **"COVID-19 Vaccine AstraZeneca"**

☐ Я погоджуюсь і даю дозвіл на проведення вакцинації вакциною **"COVID-19 Vaccine Janssen"**

Дата ___ / ___ / ___

Підпис _____

Підпис Користувач/Юридичний представник

Місце _____

медичний працівник групи вакцинації

ім'я та прізвище _____ **роль** _____

Я підтверджую, що висловив свою думку щодо вакцинації після того, як був належним чином поінформований.

Підпис _____

Vaccinazione Anti-Covid-19

Modulo di consenso

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Spazio per QR-Code con
Codice Prenotazione

RAPPRESENTANTE LEGALE/GENITORE 1

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

DATI DEL GENITORE 2

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

- ✓ 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) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto 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.
- ✓ 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.
- ✓ Dichiaro di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente (nel caso di presenza di un unico genitore).

☐ [_____] la somministrazione della vaccinazione anti-Covid-19 mediante vaccino [_____]

Luogo _____ , **Data**__/__/____

Firma Rappresentante Legale/Genitore 1

_____

Firma Genitore 2

_____

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo [_____] alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

Agg.to al 08/08/2021
Оновлено 08.08.2021

VACCINAZIONE ANTI-COVID19
ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ КОВІД19

MODULO DI CONSENSO per minori

ФОРМА ЗГОДИ для неповнолітніх

Nome e Cognome del vaccinando/a : **Ім'я та Прізвище вакцинованого:**	
Data di nascita: Дата народження:	Luogo di nascita: Місце народження:
Telefono: Телефон:	Residenza: Місце проживання:

Io sottoscritto/a (я, що нижче підписалася),.....

nato/a a (місце народження) …… il (дата народження) ……

residente a (проживаю в) …… indirizzo (за адресою) ……

in qualità di **madre** [ ]
як мати

rappresentante legale [ ]
як законний представник

Io sottoscritto/a (я що нижче підписався), ...

nato/a a (що народився)…… il (дата народження) ……

residente a (проживаю) …… indirizzo (за адресою)……

in qualità di **padre** [ ]
як батько

rappresentante legale [ ]
як законний представник

- 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 прочитав, мені було пояснено зрозумілою мовою, і я повністю зрозумів Інформаційну записку, складену Італійським агентством з лікарських засобів (AIFA) щодо вакцини:
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
  Я повідомив лікаря про поточні та/або попередні патології та лікування під час вакцинації.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
  Я мав можливість задати питання про вакцину та стан здоров'я вакцинованого, отримавши вичерпні та зрозумілі відповіді.
- 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.
  Мене правильно повідомили зрозумілими для мене словами. Я зрозумів переваги та ризики вакцинації, методи та альтернативи лікування, а також наслідки будь-якої відмови або відмови від завершення вакцинації другою дозою, якщо така є.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
  Я усвідомлюю, що у разі виникнення будь-яких побічних ефектів я маю обов'язок негайно повідомити лікаря та виконувати його вказівки.

- Accetto di far rimanere il vaccinato nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del

vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
Я погоджуюся, щоб вакцинований залишався в залі очікування принаймні 15 хвилин після введення вакцини, щоб спостерігати, чи не виникне негайних побічних реакцій.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "……" (погоджуюся і дозволяю введення вакцини) **a** ……..

DATA E LUOGO …….
Дата і місце

Firme dei genitori o Rappresentante legale ……
Підписи батьків або законних представників

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:
у випадку відсутності одного з батьків:
[ ] potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente
можна надати довіреність щодо згоди на щеплення від відсутнього з батьків
[ ] il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente …….
è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione
присутній з батьків заявляє та підтверджує згоду другого з батьків, який відсутній, на проведення вакцинації.

firma……
підпис

Rifiuto la somministrazione del vaccino "…
Відмовляюся від вакцинування
"

Data e Luogo……
Дата і місце

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale ……
Підпис особи, що відмовилась від вакцинування або її законного представника

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome (Medico)…….
   Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
   Firma ……..
2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) ……..
   Ruolo ……
   Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
   Firma ……

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Присутність другого медичного працівника не є обов'язковою у випадку вакцинації в клініці чи іншому випадку, коли працює один лікар, вдома у особи, яка вакцинується, або в стані матеріально-технічної критичності.