

Vaccination Anti-Covid19

Fiche de consentement

Prénom et nom

Date de naissance

Lieu de naissance

Adresse

Téléphone

Code fiscal

Carte sanitaire (si disponible)

N°

J'ai lu et j'ai bien compris la Fiche d'information relative au vaccin

- rédigée par l'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA) - qui m'a été expliquée dans une langue que je connais.

J'ai communiqué au médecin mes pathologies actuelles et passées, ainsi que les thérapies en cours.

J'ai pu poser des questions sur le vaccin et sur mon état de santé et j'ai reçu des réponses exhaustives que j'ai bien comprises. J'ai été correctement informé(e), de façon claire.

J'ai bien compris les avantages et les risques de la vaccination, les modalités et les alternatives thérapeutiques, ainsi que les conséquences d'un éventuel refus ou d'un renoncement à l'administration de la seconde dose, si celle-ci est prévue.

Je suis conscient(e) que si des effets secondaires apparaissent, je dois en informer immédiatement mon médecin traitant et suivre ses indications.

J'accepte de rester dans la salle d'attente pendant 15 minutes au moins après l'injection, pour vérifier si aucun effet indésirable immédiat ne survient.

Je donne mon consentement et j'autorise l'injection du vaccin :

Date et lieu

Signature de la personne qui reçoit le vaccin ou de son représentant légal

Je refuse l'injection du vaccin :

Date et lieu _____

Signature de la personne qui refuse l'injection ou de son représentant légal