



ASL Foggia

PugliaSalute

MODULO VACCINAZIONE – 2^a DOSE

Il sottoscritto in seguito alla somministrazione della 1^a dose _____, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali, derivanti da dichiarazione falsa o mendace DICHIARA:

Nome e Cognome			U.O. di appartenenza			
			Ruolo			
Codice Fiscale			Telefono			
Data di nascita			1 ^a Dose		2 ^a Dose	
Molto Comuni			Non Comuni			
Reazione	SI	NO	Reazione	SI	NO	
Dolore, Arrossamento, Gonfiore nel sito di iniezione			Ingrossamento dei linfonodi			
Stanchezza			Insomnia			
Mal di testa			Rash cutanei			
Dolori Muscolari						
Brividi						
Dolori Articolari						
Febbre						
Nausea/Vomito						
RARE GRAVI REAZIONI ALLERGICHE						
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.						
Altre reazioni - Breve descrizione della comparsa e della durata						

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 ☐					

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 carico e all'inserimento della pregressa documentazione sanitaria nello stesso.

Il Dichiarante _____