Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Modulo di consenso per la vaccinazione contro il COVID-19

Prima di compilare questo modulo, assicuratevi di aver letto il foglio informativo relativo al vaccino che riceverete: Vaxzevria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer) o Spikevax (Moderna).

Ultimo aggiornamento: 8 ottobre 2021

Informazioni sulla vaccinazione contro il COVID-19

Le persone sottoposte a vaccinazione contro il COVID-19 hanno una probabilità molto inferiore di ammalarsi di COVID-19.

In Australia sono utilizzate tre marche di vaccini. Tutte sono efficaci e sicure. Per gli adulti di età inferiore ai 60 anni il vaccino di Pfizer o Moderna è preferibile rispetto al vaccino di AstraZeneca.

Dovete ricevere due dosi della stessa marca di vaccino. Quando ricevete la prima dose, sarete informati di quando dovrete ricevere la seconda dose.

Le persone gravemente immunodepresse potrebbero aver bisogno di una terza dose nell'ambito della loro vaccinazione primaria. Visitate www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Gli esperti medici hanno studiato i vaccini contro il COVID-19 per assicurarsi che siano sicuri. La maggior parte degli effetti collaterali è lieve. Potrebbero comparire il giorno della vaccinazione e durare circa uno o due giorni. Come per qualsiasi altro vaccino o medicinale, potrebbero esservi effetti collaterali rari o sconosciuti.

Un effetto collaterale molto raro successivo ad AstraZeneca è chiamato trombosi con sindrome da trombocitopenia o TTS. Si tratta di un coagulo del sangue (trombosi) con un basso conteggio di piastrine (trombocitopenia). La TTS non si verifica successivamente a Pfizer o Moderna.

Nome:												
Numero Medicare:												

Successivamente ai vaccini di Pfizer e Moderna si sono riscontrate miocardite e pericardite (infiammazione del cuore). La maggior parte dei casi è stata lieve e le persone sono guarite rapidamente.

Informate il vostro operatore sanitario se successivamente alla vaccinazione notate effetti collaterali che vi preoccupano.

Potreste essere contattati via SMS o email nella settimana successiva alla vaccinazione per verificare come vi sentite.

Alcune persone potrebbero essere contagiate da COVID-19 successivamente alla vaccinazione. Dovete comunque seguire tutte le raccomandazioni di sanità pubblica per arrestare la diffusione del COVID-19, come richiesto dal vostro stato o territorio, fra cui:

- tenere le distanze - rimanere ad almeno 1,5 metri di distanza da altri
- lavare le mani spesso con acqua e sapone o con un disinfettante
- indossare una maschera
- rimanere a casa se non state bene e avete sintomi di raffreddore o influenza e fare in modo di ricevere un test per il COVID-19.

Ai sensi di legge, la persona che somministra la vaccinazione deve registrarla nell'Australian Immunisation Register. Potete visualizzare la vostra documentazione sulla vaccinazione online tramite:

- Account Medicare
- Account MyGov
- Account My Health Record.

Modalità di utilizzo delle informazioni

Per informazioni su come vengono raccolti, conservati e utilizzati i vostri dati personali, visitate www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Se ricevete la vostra vaccinazione presso una farmacia, la farmacia deve condividere alcune delle vostre informazioni personali con l'Amministratore dei programmi per farmacie. Questo consente alla farmacia di richiedere un rimborso da parte del Governo australiano. Al link precedente sono disponibili ulteriori informazioni sul perché è necessario e quali informazioni sono condivise.

Il giorno in cui ricevete il vaccino

Prima di essere vaccinati, informate la persona che vi somministra la vaccinazione se:

- avete avuto una reazione allergica, in particolare una grave reazione allergica (anafilassi) a:
  - una dose precedente di un vaccino contro il COVID-19
  - un ingrediente di un vaccino contro il COVID-19
  - altri vaccini o farmaci
- siete immunosoppressi. Questo significa che avete un sistema immunitario indebolito che rende più difficile combattere le malattie. Potete comunque ricevere un vaccino contro il COVID-19, ma discutete con il vostro medico quando è il momento migliore di riceverlo. Questo dipenderà dal vostro disturbo e dal vostro trattamento.

Nome:												
Numero Medicare:												

Lista di controllo per il consenso

Sì	No	
☐	☐	Avete avuto una reazione allergica a una dose precedente di un vaccino contro il COVID-19?
☐	☐	Avete avuto anafilassi da un altro vaccino o farmaco?
☐	☐	Avete avuto un evento avverso grave che è stato attributo da un fornitore di vaccinazioni o da uno specialista esperto a una dose precedente di un vaccino contro il COVID-19 (e per cui non è stata identificata alcuna altra causa)?
☐	☐	Avete mai avuto una mastocistosi (un disturbo dei mastociti) che ha causato un'anafilassi ricorrente?
☐	☐	Avete avuto il COVID-19 in passato?
☐	☐	Avete un disturbo emorragico?
☐	☐	Prendete medicinali che fluidificano il sangue (una terapia anticoagulante)?
☐	☐	Avete un sistema immunitario indebolito (immunocompromesso)?
☐	☐	Siete in stato di gravidanza? *
☐	☐	Avete sintomi come la tosse, il mal di gola, la febbre oppure non vi sentite bene in altri modi?
☐	☐	Avete già ricevuto una vaccinazione contro il COVID-19?
☐	☐	Avete ricevuto altre vaccinazioni negli ultimi 7 giorni?

Pertinente solo per chi riceve AstraZeneca:

☐	☐	Avete mai ricevuto una diagnosi di sindrome da perdita capillare?
☐	☐	Avete avuto la trombosi (coagulo) congiuntamente alla trombocitopenia (bassa quantità di piastrine) entro 42 giorni dalla precedente dose di AstraZeneca?
☐	☐	Avete mai avuto la trombosi del seno venoso cerebrale? *
☐	☐	Avete mai avuto la trombocitopenia indotta da eparina? *
☐	☐	Avete mai avuto trombi nelle vene addominali (vene splancniche)? *
☐	☐	Avete mai avuto la sindrome da antifosfolipidi associata con trombi? *
☐	☐	Avete meno di 60 anni? *

* Pfizer o Moderna sono i vaccini preferibili per le persone appartenenti a questi gruppi. Se questi vaccini non sono disponibili, AstraZeneca può essere preso in considerazione se i vantaggi della vaccinazione superano i rischi.

Per maggiori informazioni al riguardo, vedere www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

Nome:												
Numero Medicare:											■	

Se siete in gravidanza, fate riferimento a www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy.

Pertinente solo per chi riceve Pfizer o Moderna:

- ☐ ☐ Avete ricevuto una diagnosi di miocardite e/o pericardite attribuita a una dose precedente di Pfizer o Moderna?
- ☐ ☐ Avete avuto miocardite, pericardite o endocardite negli ultimi sei mesi?
- ☐ ☐ Avete attualmente una febbre reumatica acuta o patologie cardiache reumatiche acute?
- ☐ ☐ Avete un'insufficienza cardiaca grave?

Se avete risposto Sì a una delle domande precedenti potreste comunque essere in grado di ricevere Pfizer o Moderna, tuttavia dovreste prima discuterne con il vostro medico, con uno specialista di vaccinazioni o un cardiologo per concordare la tempistica migliore per la vaccinazione e se siano necessarie ulteriori precauzioni.

Ultimo aggiornamento: 8 ottobre 2021

Nome:												
Numero Medicare:												

Informazioni sul paziente

Nome:	
Numero Medicare:	
Identificatore sanitario individuale (Individual Health Identifier (IHI)), se applicabile:	
Data di nascita:	
Indirizzo:	
Numero di contatto telefonico:	
Indirizzo di posta elettronica:	
Sesso:	
Lingua parlata a casa:	
Paese di nascita:	

Siete aborigeni e/o abitanti delle isole dello Stretto di Torres?

- ☐ Sì, solo aborigeno
- ☐ Sì, solo abitante delle isole dello stretto di Torres
- ☐ Sì, aborigeno e abitante delle isole dello stretto di Torres
- ☐ No
- ☐ Preferisco non rispondere

Contatto più prossimo (in caso di emergenza):	
Nome:	
Numero di contatto telefonico:	

Consenso a ricevere il vaccino contro il COVID-19

☐ Confermo di avere ricevuto e compreso le informazioni che mi sono state fornite relativamente alla vaccinazione contro il COVID-19.

☐ Confermo di non avere alcuna delle condizioni di cui sopra o ho discusso tali condizioni ed eventuali altre circostanze speciali con il mio operatore sanitario abituale e/o con il fornitore della vaccinazione.

☐ Acconsento a ricevere un regime di vaccinazione contro il COVID-19 (due dosi dello stesso vaccino).

Nome del paziente:	
Firma del paziente:	

Nome:	
Numero Medicare:	

Data:	

☐ Sono il genitore, il tutore o l'incaricato delle decisioni del paziente e acconsento alla vaccinazione contro il COVID-19 del paziente nominato sopra.

Nome del genitore, tutore legale o dell'incaricato legale delle decisioni:	
Firma del genitore, del tutore o dell'incaricato delle decisioni:	
Data:	

Nome:												
Numero Medicare:												

Per uso del fornitore:

Dose 1:

Data di somministrazione del vaccino:	
Ora di somministrazione:	
Marca di vaccino contro il COVID-19 somministrata:	
N. di lotto:	
N. di serie:	
Sede di iniezione del vaccino:	
Nome del fornitore del servizio di vaccinazione:	

Dose 2

Data di somministrazione del vaccino:	
Ora di somministrazione:	
Marca di vaccino contro il COVID-19 somministrata:	
N. di lotto:	
N. di serie:	
Sede di iniezione del vaccino:	
Nome del fornitore del servizio di vaccinazione:	

Dose 3*

Data di somministrazione del vaccino:	
Ora di somministrazione:	
Marca di vaccino contro il COVID-19 somministrata:	
N. di lotto:	
N. di serie:	
Sede di iniezione del vaccino:	
Nome del fornitore del servizio di vaccinazione:	

Nome:												
Numero Medicare:												

*Se necessario. Per maggiori informazioni al riguardo, vedere:
www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Ultimo aggiornamento: 8 ottobre 2021

Nome:												
Numero Medicare:												