

**MODULO DI CONSENSO**  
**ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID19**  
**PER IL PERSONALE DELLA DIFESA**  
relativo al vaccino **COVID-19 Vaccine AstraZeneca**

Grado/Qualifica, Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: ..... .....	Telefono: ..... .....
Tessera sanitaria (se disponibile): N. ....	

Ho letto, mi è stata illustrata ed ho del tutto compreso la Nota Informativa in **Allegato 1**, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in **Allegato 2**.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti 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 con la seconda dose.

Sono consapevole che qualora si dovesse verificare qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante o il Medico della struttura sanitaria militare di riferimento o la struttura che ha somministrato la prima dose, e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella Sala d'Aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino, per essere certi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la vaccinazione mediante vaccino “**COVID-19 Vaccine AstraZeneca**”

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che riceve il vaccino (o di chi ne esercita la potestà genitoriale)

\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione del vaccino “**COVID-19 Vaccine AstraZeneca**”

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che rifiuta il vaccino (o di chi ne esercita la potestà genitoriale)

\_\_\_\_\_

### Personale sanitario dell'equipe vaccinale

1. Grado/Qualifica, Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

2. Grado/Qualifica, Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

### Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto N°	Data di scadenza	Luogo di somministrazione	Data e ora di somministrazione	Firma Sanitario
<b>1a dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					
<b>2a dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
NOTA INFORMATIVA

1. Il vaccino “**COVID-19 Vaccine AstraZeneca**” è usato al fine di prevenire la malattia COVID-19 causata dal virus SARS-CoV-2.
2. Il vaccino stimola il sistema immunitario a produrre anticorpi e globuli bianchi specializzati, che agiscono contro il virus, fornendo così protezione contro la malattia COVID-19. Nessuno dei componenti di questo vaccino può provocare COVID-19.
3. Il vaccino “**COVID-19 Vaccine AstraZeneca**” può essere somministrato a partire dai 18 anni d’età. Sulla base di ulteriori evidenze scientifiche, che confermano il profilo di sicurezza e indicano che anche in soggetti di età superiore ai 65 anni il vaccino è in grado di indurre una significativa protezione sia dallo sviluppo di patologia indotta dal virus SARS-CoV-2 sia dalle forme gravi di Covid-19, con la [Circolare nr. 0008811 in data 8 marzo 2021](#), il Ministero della Salute ha ulteriormente aggiornato le modalità di utilizzo del vaccino, dando la possibilità di somministrarlo in età superiore ai 65 anni, ad eccezione dei soggetti identificati come “estremamente vulnerabili” (cfr. allegato 3 della circ. 0005079-09/02/2021-DGPRES).
4. In base alle attuali conoscenze scientifiche, la somministrazione del vaccino non può essere raccomandata né controindicata alle donne in **gravidanza** e in fase di **allattamento**. La somministrazione del vaccino potrà essere effettuata solo successivamente all’analisi, caso per caso, con la figura professionale sanitaria di riferimento, dei potenziali rischi e dei potenziali benefici per la madre, il feto o il neonato. Non è noto se il vaccino sia escreto nel latte materno.
5. Il vaccino è somministrato mediante iniezione intramuscolare, preferibilmente nel braccio. Sono previste 2 dosi, a distanza di 10-12 settimane (da 63 a 84 giorni) l’una dall’altra.  
**È molto importante che Lei si ripresenti per la seconda somministrazione, altrimenti la vaccinazione potrebbe non risultare efficace.**  
Se viene somministrata la prima dose di vaccino “**COVID-19 Vaccine AstraZeneca**”, il ciclo vaccinale dovrà essere completato con una seconda dose dello stesso vaccino.
6. Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione, si rivolga al suo Medico curante, al Medico della struttura sanitaria militare di riferimento o alla struttura che le ha somministrato la prima dose.
7. Possono essere necessari fino a 15 giorni dopo la seconda dose del vaccino per sviluppare la protezione contro il COVID-19.
8. Il vaccino potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono e la sua efficacia potrebbe essere inferiore in persone affette da più malattie e problemi immunitari. Pertanto, anche dopo la somministrazione di entrambe le dosi del vaccino, **si raccomanda** di continuare a seguire scrupolosamente le indicazioni delle autorità di sanità pubblica, al fine di prevenire la diffusione del COVID-19.
9. Il vaccino “**COVID-19 Vaccine AstraZeneca**” contiene un Adenovirus di scimpanzé, non patogeno nell’uomo, il cui DNA è stato modificato per sintetizzare l’antigene Spike del virus SARS-CoV-2, che stimola la produzione di anticorpi neutralizzanti e le risposte immunitarie cellulari nel vaccinato.
10. Ciascuna dose (0,5 ml) del vaccino contiene i seguenti **eccipienti**:
  - L-istidina
  - L-istidina cloridrato monoidrato
  - Cloruro di Magnesio esaidrato

- Polisorbato 80 (E 433)
- Etanolo
- Saccarosio
- Cloruro di sodio
- Disodio edetato (diidrato)
- Acqua per preparazioni iniettabili

11. Il vaccino può causare **reazioni avverse**. Tali reazioni possono essere:

**Molto comuni** (possono interessare più di 1 paziente su 10):

- indolenzimento, dolore, calore, prurito o lividi nel sito d'iniezione
- sensazione di stanchezza (affaticamento) o di malessere generale
- brividi o sensazione di febbre
- mal di testa
- nausea
- dolori articolari o muscolari

**Comuni** (possono interessare fino a 1 paziente su 10):

- gonfiore o arrossamento nel sito d'iniezione
- febbre (> 38°C)
- vomito o diarrea

**Non comuni** (possono interessare fino a 1 paziente su 100):

- sonnolenza o sensazione di vertigine
- diminuzione dell'appetito
- ingrossamento dei linfonodi
- sudorazione, prurito, eruzione cutanea

12. In caso di sintomi gravi o sintomi che potrebbero essere correlati ad una reazione allergica, consulti immediatamente il proprio Medico curante o ricorra a strutture di pronto soccorso.

I sintomi di una **reazione allergica** includono:

- sensazione di svenimento o stordimento;
- cambiamenti nel battito cardiaco;
- fiato corto;
- respiro sibilante;
- gonfiore delle labbra, del viso o della gola;
- orticaria o eruzione cutanea;
- nausea o vomito;
- mal di stomaco.

13. Negli studi clinici **non** sono stati osservati decessi correlati alla vaccinazione.

14. L'elenco di reazioni avverse su esposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino **COVID-19 Vaccine AstraZeneca**.

15. **Se dovesse manifestare un qualsiasi effetto indesiderato non elencato informi immediatamente il proprio Medico curante o il Medico della struttura sanitaria militare di riferimento.**

16. Non si può contrarre la malattia COVID-19 in seguito alla somministrazione del vaccino **"COVID-19 Vaccine AstraZeneca"**.

17. Non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza.

18. La somministrazione concomitante di **"COVID-19 Vaccine AstraZeneca"** con altri vaccini non è stata studiata. Nello studio clinico, i partecipanti hanno dovuto osservare un intervallo minimo di 7 giorni prima e dopo la somministrazione di un vaccino antinfluenzale.

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
**SCHEDA ANAMNESTICA**Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme al  
Personale Sanitario addetto alla vaccinazione

Nome e Cognome:	Telefono:		
<b>Anamnesi</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: .....			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (per es.: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
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?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....			
<b>Per le donne:</b> - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---



---

<b>Anamnesi COVID-correlata</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?			
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
• Dolore addominale/diarrea?			
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19: <input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente <input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data: _____) <input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data: _____) <input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

---



---

(Ente Sanitario che compila la scheda)

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
**COMUNICAZIONE DI VACCINAZIONE ANTI-COVID19**  
 con vaccino **COVID-19 Vaccine AstraZeneca**

- A: IGESAN – Osservatorio Epidemiologico Difesa  
(stamadifesa@smd.difesa.it) ROMA
- A:  COMANDO LOGISTICO E.I. - Comando Sanità e Veterinaria  
(comlog@esercito.difesa.it) ROMA
- MARISPESAN – Ispettorato di Sanità  
(marispesan@marina.difesa.it) ROMA
- COMANDO LOGISTICO A.M. – Servizio Sanitario  
(aerolog@aeronautica.difesa.it) ROMA
- COMANDO GENERALE ARMA DEI CARABINIERI – Direzione di Sanità  
(cgsanitcs@carabinieri.it) ROMA
- A: Interessato (per la comunicazione alla struttura sanitaria militare di riferimento ed al proprio Medico Curante)

1^ Dose     2^ Dose

**ANAGRAFICA:**

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: \_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ Comune di nascita: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Indirizzo residenza: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Indirizzo domicilio: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(se diverso dalla residenza)**AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA:**
 EI     AM     MM     CC     Altro (specificare): \_\_\_\_\_

Comando/Ente/Reparto di appartenenza: \_\_\_\_\_

Sede di Servizio: \_\_\_\_\_

**STATO E POSIZIONE GIURIDICA ATTUALE:**

Stato giuridico: \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_

Ruolo: \_\_\_\_\_ Grado/Qualifica: \_\_\_\_\_

Specialità: \_\_\_\_\_ Mansione svolta: \_\_\_\_\_

Impiego all'estero: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(Nazione)

Impiego all'estero: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(Nazione)

**VACCINAZIONE:**

Data Somministrazione Vaccino: \_\_\_\_\_ Ora Somministrazione Vaccino: \_\_\_\_\_

Vaccino **COVID-19 Vaccine AstraZeneca** Lotto: \_\_\_\_\_ Scadenza: \_\_\_\_\_

Sito di iniezione:  braccio destro  braccio sinistro

Luogo di Somministrazione<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Reazioni Avverse:  SI  NO (Se SI compilare apposita Scheda di Segnalazione<sup>2</sup> Separata).

Provvedimento Medico Legale: \_\_\_\_\_

Eventuali Note Aggiuntive:  
\_\_\_\_\_

Precedenti Infezioni da Covid-19 (anche se asintomatiche, con sola positività al Tampone):  
\_\_\_\_\_

Notifica Malattia Infettiva<sup>3</sup>:  SI, in data \_\_\_\_\_  NO

Precedente Sierologia specifica con metodica \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Titolo Anticorpale Protettivo<sup>4</sup>:  SI  NO

Anamnesi Patologica di rilievo (comorbidità): \_\_\_\_\_

Altre notizie di interesse: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Gruppo Firma dell'Ufficiale Medico)

<sup>1</sup> Esempio: Infermeria, Stazione Vaccinale, Centro Vaccinale, ecc.

<sup>2</sup> Cfr. Annesso 11 alla Direttiva IGESAN 006, prot. M\_D SSMD 0007266 in data 16.01.2019.

<sup>3</sup> Cfr. Annesso 4 alla Direttiva IGESAN 006, prot. M\_D SSMD 0007266 in data 16.01.2019 e lett. M\_D SSMD 0034277 in data 25-02-2020.

<sup>4</sup> Allegare refertazione.