



LICEO STATALE "G. TARANTINO"
Scientifico - Scientifico opzione Scienze Applicate-Classico - Linguistico -
Musicale

Via Quasimodo, 4 - 70024 Gravina in Puglia (BARI)
baps07000g@istruzione.it - baps07000g@pec.istruzione.it
Tel.080.3267718 - Fax 080.3267789 - c.f. 82014370728



Gravina in P., 26/11/2021

A tutto il personale
Al registro elettronico
Al sito web

COMUNICAZIONE N° 110

Oggetto: Somministrazione terza dose del vaccino anticovid -19 ed eventuale co-somministrazione di vaccino antinfluenzale

A seguito di comunicazione del sisp-Gravina/ASL Bari si rende noto che la somministrazione di cui all'oggetto avrà luogo presso l'HUB vaccinale di Gravina-Area Fiera, il giorno 07/12/2021 alle ore 11,00.

Per eseguire la somministrazione devono essere trascorsi cinque mesi dal completamento del ciclo vaccinale.

Si allegano i moduli di consenso informato per dose booster e vaccinazione antinfluenzale da compilare preventivamente e consegnare il giorno della somministrazione.

Per ogni informazione rivolgersi all'HUB vaccinale di Gravina-Area Fiera.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Berardo Guglielmi

a.a. E.D.

CONSENSO INFORMATO PER LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Il sottoscritto/a _____ Sesso M F
 Nato/a _____ il ____/____/____
 Residente a _____ in Via _____
 Codice Fiscale _____ Cellulare _____
 Operatore Sanitario NO SI: Unità Operativa _____

DICHIARO

- Di NON AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione;
- Di AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione tipo:

Dichiaro inoltre di:

- Essere informato dal medico vaccinatore su sui benefici, rischi ed eventuali effetti collaterali legati alla vaccinazione;
- Di essere a conoscenza che i dati forniti verranno trattati per scopi di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 30/06/2003 n° 196

esprimo il **Consenso alla vaccinazione** **Dissenso alla vaccinazione**

Luogo e data Altamura _____

Firma del Vaccinando _____

Firma dell'operatore sanitario _____

SITO DI INIEZIONE	N. LOTTO E SCADENZA	DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE	LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE	FIRMA OPERATORE SANITARIO
DELTOIDE				

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIREZIONE**

sede legale: Lungomare Starita 6, 70123 BARI
Telefono: 0805842108

E-MAIL: dipartimento.prevenzione@asl.bari.it

PEC: dipartimentoprevenzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

Agg.to al 27/09/2021

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")

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

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:
" _____ "

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre 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 alla dose di richiamo (dose "booster").

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.

Agg.to al 27/09/2021

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "_____".

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

Rifiuto la somministrazione del vaccino "_____".

Data e Luogo _____

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

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.

Cognome e Nome	Telefono
----------------	----------

ANAMNESI PREVACCINALE	SI	NO	NON SO
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? (ad esempio: 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?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Per le donne			
- E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- Sta allattando?			

ANAMNESI COVID-CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
<i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i>			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
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?			
<i>Test COVID-19:</i>			
Test COVID-19 recente (Data)			
In attesa di test COVID-19 (Data)			
Test COVID-19 Negativo (Data:.....)			
Test COVID-19 Positivo (Data)			

Data e luogo
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale