



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE

Via Fornaci 201 - 76123 Andria

tel. 0883.299.750

direzione.generale@aslbat.it

direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Viale Trentino 79 - 76123 Andria

Direttore Dott. Riccardo MATERA

tel: 0883 299515

direzione.sisp@aslbat.it

Ai DIRIGENTI SCOLASTICI

LORO SEDI

Andria, 23/12/2021

Oggetto: Avvio campagna di somministrazione per la popolazione pediatrica (5-11 anni)

In considerazione della campagna vaccinale anti Covid-19 per la popolazione pediatrica (5-11 anni) lo scrivente Servizio ha organizzato una seduta vaccinale esclusivamente dedicata alla popolazione pediatrica ricompresa nella fascia di età 5-11 anni (nati dal 1 Gennaio 2011 al 31 Dicembre 2016).

Tale giornata sarà **mercoledì 29/12/2021 dalle 9.00/12.00 e dalle 15.00/17.30** presso **“HUB VACCINALE DI SAN VALENTINO”** ubicato in Via Castellana Grotte (Andria).

Resta sempre valida per i piccoli, la possibilità di essere vaccinati dai Pediatri di Libera Scelta presso i propri ambulatori.

Vi chiediamo di dare ampia diffusione alla popolazione scolastica delle scuole da Voi dirette.

In allegato **Modulo di Consenso e Delega** da compilare e firmare dal genitore eventualmente assente.

Distinti saluti.

Il Direttore
Dipartimento di Prevenzione
Dr. Riccardo Matera



AZIENDA SANITARIA LOCALE BT

Via Fornaci, 201 - 76123 Andria - tel. 0883.299.111

P.IVA 06391740724 - C.F. 90062670725

www.sanita.puglia.it/aslbt



n. dose: _____

Cognome e Nome * :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono *:	E-mail *:
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:	Codice Fiscale *:
In qualità di <i>genitore/tutore/amministratore di sostegno</i> del: <input type="checkbox"/> Minore <input type="checkbox"/> Interdetto/Infermo/Incapace <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____	
<i>In caso di MINORE, riportare i dati identificativi dei genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale</i>	
(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE) Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
(GENITORE 2) Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<i>Estremi del Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (A.G.)</i>	
Tribunale (indicare il tipo di A.G.):	Provincia/distretto dell'A.G.
Numero del provvedimento	Data del provvedimento

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità **dichiaro che:**

- **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.

* *Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).*

[^] *Le note informative sono quelle allegate alle circolari del Ministero della Salute pubblicate sul sito <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp>*

- 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 del ciclo vaccinale**, alla **dose addizionale** oppure alla **dose di richiamo (booster)**.
- Ho compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino (ad es. vaccino antinfluenzale) come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02.10.2021.
- 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'attesa per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per consentire agli operatori sanitari di assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENSO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino " _____ "	RIFIUTO la somministrazione del vaccino " _____ "
Luogo e data:	Luogo e data:
Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:	Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:
Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:	Firma del vaccinando /del genitore/del rappresentante legale:

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale ²	
Cognome e Nome (Medico):	Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):
<i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i>	<i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i>
Firma:	Firma:

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.

Documenti allegati:

- MODULO TRIAGE PREVACCINALE (Allegato B)
- MODULO DELEGA (Allegato C)
- MODULO MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO (Allegato D)
- MODULO DICHIARAZIONE GENITORE (Allegato E)
- altro: _____

Segue riepilogo "Dettagli operativi della vaccinazione", da compilarsi a cura del professionista sanitario dell'equipe vaccinale.

² 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 del vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Dettagli operativi della vaccinazione anti Covid-19 (a cura del professionista sanitario)															
Tipo vaccino	Dose			Sede inoculo			Lotto	Scadenza	Sede vaccinale	Data e ora inoculo	Osservazione post vaccino			Firma del sanitario	
	1	2	3	Deltoidi DX	Deltoidi SX	Altro sito					15 minuti	30 minuti	60 minuti		
Comirnaty (Pfizer-Biontech)															
Spikevax (Moderna)															
Vaxzevria (AstraZeneca)															
Janssen (J&J)															
Altro vaccino, specificare _____															

ANAMNESI PRE-VACCINALE			
(da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale)			
Cognome e Nome	SI	NO	NON SO
Data e luogo di nascita			
Telefono			
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?			
Se sì, specificare: _____			
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 (radioterapia)?			
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 negli ultimi 14 giorni ?			
Se sì, specificare: _____			
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Per le donne: sta allattando?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Se sì, specificare: _____			
Altre patologie da cui è affetto: _____			
Terapia farmacologica che sta assumendo: _____			

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>Ha effettuato un Test COVID-19?</i>			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19 (Data:)			
Test COVID-19 Negativo (Data:)			
Test COVID-19 Positivo (Data:)			

Data e luogo:
Firma del vaccinando/genitore/rappresentante legale:
Firma della vaccinando/genitore/rappresentante legale:

DELEGA PER VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19 DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI O SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA¹	
<i>Dati identificativi del vaccinando</i>	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	
<i>Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno</i>	
PADRE	Cognome e Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	
MADRE	Cognome e Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	
RAPPRESENTANTE LEGALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	

Il/La/i sottoscritto/a/i _____ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, **dichiaro/dichiarano, sotto la propria responsabilità:**

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.

di essere **Genitore/i del MINORE**

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:

di essere **Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno di:**

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Provvedimento n.:	Data del Provvedimento:
Autorità:	

di essere **impossibilitato/a/i** a presenziare alla seduta per la somministrazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19

di esprimere il consenso alla somministrazione del suddetto vaccino, nonché al trattamento dei dati personali, in favore di:

Cognome:	Nome:
-----------------	--------------

di delegare il/la Sig./Sig.ra:

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Rilasciato da:	In data:

a rappresentarmi/ci presso la sede vaccinale il giorno ___ / ___ / _____ per la somministrazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 di:

Cognome:	Nome:
-----------------	--------------

Luogo e data:

Firma del Genitore/Rappresentante legale

Firma del Genitore/Rappresentante legale

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.