ITIS
LEONARDO DA VINCI
Via Toscana, 10 43122 PARMA – tel. 0521266511 – mail: prtf010006@pec.istruzione.it;
itis@itis.pr.it - www.itis.pr.it; - CF 80007330345 – CU UFJ6F4

AVVISO DOCENTI N. 262
AVVISO ATA N.207

AL PERSONALE SCOLASTICO

Oggetto: Vaccinazioni Personale scolastico -

Si comunica al personale in indirizzo che a seguito di disposizioni da parte dell'ASL il personale scolastico (compresi Operatori e collaboratori) assistito dal Servizio Sanitario Regionale verrà vaccinato dai medici di medicina generale.
Il personale dovrà prenotare la richiesta di vaccinazione dal proprio Medico di Medicina Generale e compilare autocertificazione di cui al modello che si allega.
Il MMG deciderà, nel caso in cui vi siano incompatibilità o controindicazioni, di inviare il soggetto richiedente il vaccino presso AUSL/DSP di competenza.
Per ogni ulteriore precisazione e/o chiarimenti occorre fare riferimento al proprio MMG.

Parma, 26/02/2021

F.TO IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Elisabetta Botti

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA
MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	**Luogo di nascita**
Residenza:	**Telefono:**
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota 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 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.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA".	**RIFIUTO** la somministrazione del vaccino " COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA".
Data e luogo:	**Data e luogo:**
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	**Firma** della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale .....

Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)

☐ I paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. *cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19*

Data e luogo:..... **Firma del Familiare**:.....

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo	**2. Nome cognome e ruolo**
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato **Firma**	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.**	**Scad.**	**Luogo di somministrazione**	**Data ora**	**Firma sanitario**
1° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					
2° dose	Braccio destro	Braccio sinistro					

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ALLEGATO 2 AL MODULO DI CONSENSO
COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e cognome:	**Telefono:**
Data e luogo di nascita:	.....

ANAMANESI	***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? *(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?			
Per le donne:	***SI'***	***NO***	***Non so***
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:
.....
.....

ANAMNESI COVID-CORRELATA	***SI'***	***NO***	***Non so***
Nell'ultimo mese **è** stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 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			
☐ Nessun test COVID-19 recente ☐ Test COVID-19 negativo (Data: .....) ☐ Test COVID-19 positivo (Data: .....) ☐ In attesa di test COVID-19 (Data: .....)			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:
.....
.....

Data e luogo		**Firma** del vaccinando o del suo Rappresentante legale	

ALLEGATO 1 AL MODULO DI CONSENSO

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 "COVID-19 Vaccine AstraZeneca"

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 le difese naturali dell'organismo (il sistema immunitario) a produrre anticorpi e globuli bianchi specializzati che agiscono contro il virus, fornendo così protezione contro COVID-19. Nessuno dei componenti di questo vaccino può provocare COVID-19.

3. Il vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" è somministrato ad adulti di età pari o superiore a 18 anni. Al momento sono disponibili dati limitati sull'efficacia di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" in soggetti di età pari o superiore a 65 anni.

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 e il neonato. Non è noto se "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" sia escreto nel latte materno.

5. Il vaccino è somministrato mediante iniezione per via intramuscolare, preferibilmente nel braccio. **Esso richiede 2 dosi, a distanza di 4-12 settimane (da 28 a 84 giorni) l'una dall'altra**.

È molto importante che Lei si ripresenti per la seconda somministrazione, altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare. Se viene somministrata la prima iniezione di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca", per completare il ciclo di vaccinazione anche la seconda iniezione dovrà essere con "COVID-19 Vaccine AstraZeneca". Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al suo Medico curante o alla struttura che le ha somministrato la prima dose.

6. La protezione inizia da circa 3 settimane dopo la prima dose di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca". I vaccinati potrebbero non essere completamente protetti fino a 15 giorni dopo la somministrazione della seconda dose. Il vaccino potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono, infatti l'efficacia stimata dalle sperimentazioni cliniche (dopo due dosi di vaccino) è del 59,5% e potrebbe essere inferiore in persone con comorbosità e problemi immunitari. Anche dopo somministrazione di entrambe le dosi del vaccino, **si raccomanda** di continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni delle autorità locali per la sanità pubblica, al fine di prevenire la diffusione del COVID-19.

7. Una dose (0,5 mL) di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" contiene non meno di 2,5 x 108 unità infettive di un vettore rappresentato da un Adenovirus di scimpanzé (coltivato su cellule renali embrionali umane) modificato con tecnologia del DNA ricombinante in modo da codificare la glicoproteina spike del SARS-CoV-2 (ChAdOx1-S). Sono inoltre presenti i **seguenti eccipienti:** L-istidina; L-istidina cloridrato monoidrato; Magnesio cloruro esaidrato; Polisorbato 80 (E 433); Etanolo; Saccarosio; Sodio cloruro; Disodio edetato (diidrato); Acqua per preparazioni iniettabili.

Dopo la somministrazione, la glicoproteina S di SARS-CoV-2 stimola gli anticorpi neutralizzanti e le risposte immunitarie cellulari, che possono contribuire alla protezione contro COVID-19.

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

Molto comuni (possono interessare più di 1 paziente su 10): dolorabilità, dolore, calore, prurito o lividi nel punto in cui viene praticata l'iniezione; sensazione di stanchezza (affaticamento) o sensazione di malessere generale; brividi o sensazione di febbre; mal di testa; nausea; dolore alle articolazioni o dolore muscolare.

Comuni (possono interessare fino a 1 paziente su 10): tumefazione o eritema nel punto in cui viene praticata l'iniezione; febbre (>38° C); vomito o diarrea.

Non comuni (possono interessare fino a 1 paziente su 100): sonnolenza o sensazione di vertigini; diminuzione dell'appetito; ingrossamento dei linfonodi; sudorazione, prurito o eruzione cutanea.

Reazioni allergiche: in caso di sintomi gravi o sintomi che potrebbero essere correlati ad una reazione allergica, consultare immediatamente il proprio Medico curante o ricorrere 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.

Negli studi clinici non sono stati osservati decessi correlati alla vaccinazione. *L'elenco di reazioni avverse sovraesposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca". Se manifesta un qualsiasi effetto indesiderato non elencato informi immediatamente il proprio Medico curante.*

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

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

Regione Emilia-Romagna

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL VACCINO ANTISARS-CoV-2/COVID-19 PRESSO IL PROPRIO MEDICO CURANTE

ALLEGATO 5

Io sottoscritta/o (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Codice fiscale_____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

D I C H I A R O

DI ESSERE ISCRITTO/A AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

DI ESSERE OPERATORE SCOLASTICO, DOCENTE O NON DOCENTE, PRESSO IL SERVIZIO EDUCATIVO O DELL'INFANZIA O IL SERVIZIO SCOLASTICO (STATALE O PARITARIO) O L'UNIVERSITA' DI SEGUITO INDICATO/A:

_____

Firma _____ Data _____

.....

Le strutture sanitarie regionali e aziendali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione