Fondazione Onlus
Casa di Riposo Città di Sondrio
Via Don Guanella, 36 – 23100 Sondrio- Tel. 0342/541011 – Fax. 0342/541050

EMERGENZA COVID -19

PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTI SARS-CoV-2/COVID-19 AD OSPITI E OPERATORI DELLE RSA

6 GENNAIO 2021

IL REFERENTE COVID-19

DOTT. CARLO FIORI

IL PRESIDENTE

COSTANTINO TORNADU

Riferimenti

- Circolare del Ministero della Salute n. 42164 del 24.12.2020 avente ad oggetto: "Raccomandazioni per l'organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2/COVID-19 e procedure di vaccinazione;

- circolare del Ministero della Salute n. 42605 del 29.12.2020 "Trasmissione nota AIFA di specificazione all'uso di 6 dosi per fiala Vaccino Pfizer Biontech (COMIRNATY)"

- FAQ AIFA "vaccinazione anti COVID-19 con vaccino Pfizer mRNABNT162b2 (Comirnaty)";

- circolare "Piano Vaccinale anti- Covid 19 Regione Lombardia" della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, del 24.12.2020;

- nota della Direzione Sociosanitaria ATS della Montagna del 24.12.2020: "Campagna vaccinale anti SARS-COV-2" (prot. 0063692/2020);

- nota della Direzione Sociosanitaria ATS della Montagna del 30.12.2020 prot.0064429/2020 "Piano vaccinale anti Covid-19 Regione Lombardia".

Premessa

La Fondazione, non appena ricevuta la comunicazione da parte di ATS della Montagna di avvio della campagna vaccinale (24.12.2020), ha provveduto a raccogliere le pre-adesioni degli Ospiti delle RSA, espresse da amministratori di sostegno, familiari (designati quali familiari di riferimento nel contratto d'ingresso in RSA), e degli operatori delle medesime.

Al fine di acquisire la più ampia adesione, è stata effettuata una capillare campagna di sensibilizzazione anche mediante colloqui telefonici individuali.

I medici della Fondazione si sono resi disponibili il giorno 28 dicembre 2020, dalle ore 10.00 alle 16.00 a fornire agli interessati ogni utile chiarimento relativo al vaccino.

Il 31 dicembre un gruppo di nove operatori contrari all'effettuazione del vaccino ha partecipato, quale iniziativa di informazione obbligatoria, alla videoconferenza organizzata da ATS della Montagna e dalle Organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL promossa per favorire la circolazione di corrette informazioni sul vaccino.

La campagna di sensibilizzazione ha dato ottimi risultati, come si evince dai dati sulle preadesioni riportati nelle seguenti tabelle:

	OPERATORI		
	DON GUANELLA	LUSARDI	
Adesione	140	42	182 (94%)
NON Adesione	11	1	12
Totale	**151**	**43**	**194**

	OSPITI		
	DON GUANELLA	LUSARDI	
Adesione	123	47	170 (98%)
NON Adesione	2	2	4
Totale	**125**	**49**	**174**

La circolare del Ministero della Salute del 24.12.2020 prevede l'individuazione delle RSA quali **Punti Vaccinali in Struttura residenziale (PVSR)** per l'attività di vaccinazione di ospiti e dipendenti delle medesime residenze.

Si prevede pertanto l'organizzazione di un punto vaccinale per ognuna delle due RSA gestite dalla Fondazione: il primo presso la RSA in via don Guanella n. 36; il secondo presso la RSA Centro Servizi alla Persona di via Lusardi n.2.

Individuazione dell'equipe vaccinale

La Fondazione ha provveduto ad individuare l'équipe vaccinale nella seguente composizione:

PVSR RSA via Don Guanella n. 36:

Medico responsabile di seduta vaccinale	dott. Carlo Fiori, nato il 03.06.1961
Infermiera	Sig.ra Sabrina Gianoncelli, nata il 08.08.1971
Infermiera	Sig.ra Giulia Negrini, nata il 02.11.1994

PVSR RSA CENTRO SERVIZI ALLA PERSONA:

Medico responsabile di seduta vaccinale	dott.ssa Marcella Genini , nata il 17.12.1973
Infermiera	Sig.ra Barbara Nobili, nata il 09.01.1969
Infermiera	Sig.ra Maura Morella, nata il 19.08.1995

Ricezione e conservazione del vaccino

Incaricato della ricezione e conservazione dei vaccini:

- sede via Don Guanella dott. Carlo Fiori, direttore sanitario;
- sede di via Lusardi dott.ssa Marcella Genini, vicedirettore sanitario.

All'arrivo delle dosi vaccinali, l'incaricato, dopo aver verificato la temperatura durante il trasporto, la corrispondenza della quantità, l'integrità delle confezioni, provvede allo stoccaggio nel frigorifero dedicato.

La temperatura interna del frigorifero, mantenuta in un range di 2 - 8 °C, viene controllata quotidianamente e riportata su apposito registro.

Il frigorifero è dotato di sonda di rilevazione della temperatura e di allarme acustico in caso di superamento dei limiti di temperatura prefissati.

Fasi del procedimento di vaccinazione ospiti

FASE 1

INIZIATIVA	ATTORI
PREDISPOSIZIONE ELENCO GENERALE DEI VACCINANDI	Personale amministrativo
INDIVIDUAZIONE PRIORITÀ	Referente COVID-19 e gruppo multidisciplinare di supporto.
DEFINIZIONE DEL CALENDARIO SEDUTE VACCINALI (tenuto conto della disponibilità di dosi vaccinali e delle tempistiche di consegna concordate con ATS)	Medico responsabile di seduta vaccinale
COMPILAZIONE ELENCO VACCINANDI PER SEDUTA	Medico responsabile di seduta vaccinale

FASE 2 PER OSPITI ASSISTITI DA TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

INIZIATIVA	ATTORI
CONVOCAZIONE DEL TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO PER INFORMATIVA	Personale amministrativo
INFORMATIVA (ALL. 1) E ACQUISIZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI VOLONTA' SULL' EFFETTUAZIONE DEL VACCINO (consenso/dissenso) (ALL. 3)	Medico
COMPILAZIONE SCHEDA ANAMNESTICA (ALL. 2)	Medico

Nota: La compilazione della scheda anamnestica viene effettuata dal medico di reparto sulla base delle informazioni riportate nel FASAS dell'ospite.

FASE 2 PER OSPITI CHE NON SONO ASSISTITI DA TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

VALUTAZIONE DA PARTE DEL MEDICO CIRCA LA SUSSISTENZA O MENO DELLE CONDIZIONI PER ESPRIMERE CONSENSO LIBERO E CONSAPEVOLE

SUSSISTENZA (ALL. 4 A)

INFORMATIVA (ALL. 1) ACQUISIZIONE DALL'OSPITE DELLA MANIFESTAZIONE DI VOLONTA' SULL' EFFETTUAZIONE DEL VACCINO (consenso/dissenso) (ALL. 3)

INSUSSISTENZA

IL MEDICO RICONOSCE L'IDONEITA' DEL TRATTAMENTO VACCINALE AD ASSICURARE LA MIGLIORE TUTELA DELL'OSPITE (ALL. 4 B)

VIENE ACCERTATO CHE L'OSPITE (ALL. 4 C):

- non ha espresso DAT
- non ha nominato un fiduciario
- non è assistito da tutore, curatore, amministratore di sostegno

VIENE SENTITO IL FAMILIARE ENTRO IL 3° GRADO INDIVIDUATO QUALE REFERENTE

DISSENSO DEL FAMILIARE

RICORSO AL GIUDICE TUTELARE CON ISTANZA DA PARTE DEL DIR. SAN. DI SOMMINISTRAZ. VACCINO

CONSENSO DEL FAMILIARE

IL DIRETTORE SANITARIOESPRIME IL CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO (ALL.3)

COMUNICAZIONE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

IN ASSENZA DI FIDUCIARIO, TUTORE, CURATORE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, CONIUGE, PARTE DI UNIONE CIVILE, STABILE CONVIVENTE, PARENTE ENTRO IL TERZO GRADO

IL DIRETTORE SANITARIO AdS ESPRIME IN IL CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO

INVIO A MEZZO PEC DEL CONSENSO E DELLA DOCUMENTAZIONE (ALL. 4 B) AL GIUDICE TUTELARE

ACQUISIZIONE DELLA CONVALIDA DEL CONSENSO ENTRO 48 ORE

DINIEGO CONVALIDA

MANCATA RISPOSTA ENTRO 48 H

VALIDITA' CONSENSO

FASE 3

INIZIATIVA	ATTORI
ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALLA GESTIONE DELLA SEDUTA VACCINALE (controllo materiale e postazioni, preparazione e diluizione del vaccino secondo le indicazioni: - circolare del Ministero della Salute 42164 del 24/12/2020; - indicazioni operative AIFA "Manipolazione e somministrazione COMIRNATY, vaccino a mRNA contro COVID-19" - indicazioni generali per la gestione dei vaccini COVID trasmesse da ATS della montagna	Operatori dell'équipe vaccinale
ACCOMPAGNAMENTO OSPITE AL PUNTO DI ACCOGLIENZA **(*)**	Infermieri/OSS/ASA di nucleo
VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE (consenso, scheda anamnestica ecc.)	Medico e infermiere
ACCOMPAGNAMENTO OSPITE AL PUNTO VACCINALE	Operatore équipe vaccinale
SOMMINISTRAZIONE DELLA VACCINAZIONE	Medico o infermiere
ACCOMPAGNAMENTO OSPITE NELLA ZONA DI OSSERVAZIONE	Operatore équipe vaccinale
PERMANENZA DELL'OSPITE PER ALMENO 15 MINUTI NELLA ZONA DI OSSERVAZIONE	Medico o infermiere
ACCOMPAGNAMENTO OSPITE AL NUCLEO DI RESIDENZA	Animatori/ fisioterapisti/Infermieri/ OSS/ASA di nucleo

(*) Se l'Ospite è allettato, il vaccino viene somministrato in camera.

FASE 4

INIZIATIVA	ATTORI
COMPILAZIONE CERTIFICATO DI VACCINAZIONE E APPUNTAMENTO PER SECONDA DOSE (ALL. 5)	Vaccinatore
REGISTRAZIONE DELLA VACCINAZIONE	Vaccinatore
REGISTRAZIONE EVENTUALI REAZIONI AVVERSE	Vaccinatore

Fasi del procedimento di vaccinazione operatori

FASE 1

INIZIATIVA	ATTORI
PREDISPOSIZIONE ELENCO GENERALE DEI VACCINANDI	Personale amministrativo
INDIVIDUAZIONE PRIORITÀ	Referente COVID-19 e gruppo multidisciplinare di supporto
DEFINIZIONE DEL CALENDARIO SEDUTE VACCINALI (tenuto conto della disponibilità di dosi vaccinalii e delle tempistiche di consegna concordate con ATS)	Medico responsabile di seduta vaccinale,
INDIVIDUAZIONE VACCINANDI PER SEDUTA	Medico responsabile di seduta vaccinale

FASE 2

INIZIATIVA	ATTORI
CONVOCAZIONE DELL'OPERATORE PER INFORMATIVA	Personale amministrativo
INFORMATIVA (ALL. 1) E ACQUISIZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI VOLONTA' SULL' EFFETTUAZIONE DEL VACCINO (consenso/dissenso) (ALL. 3)	Medico
CONSEGNA SCHEDA ANAMNESTICA (ALL. 2)	Medico
CONVOCAZIONE ALLA SEDUTA VACCINALE	Personale amministrativo

FASE 3

INIZIATIVA	ATTORI
ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALLA GESTIONE DELLA SEDUTA VACCINALE (controllo materiale e postazioni, preparazione e diluizione del vaccino secondo le seguenti indicazioni: - circolare del Ministero della Salute 42164 del 24/12/2020; - indicazioni operative AIFA "Manipolazione e somministrazione COMIRNATY, vaccino a mRNA contro COVID-19" - indicazioni generali per la gestione dei vaccini COVID trasmesse da ATS della montagna	Operatori équipe vaccinale.
ACCESSO DEL VACCINANDO AL PUNTO D' ACCOGLIENZA	
VERIFICA ED EVENTUALE INTEGRAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE (consenso, scheda anamnestica ecc.)	Medico e infermiere
ACCESSO AL PUNTO VACCINALE	Operatore équipe vaccinale
SOMMINISTRAZIONE DELLA VACCINAZIONE	Medico o infermiere
TRANSITO NELLA ZONA DI OSSERVAZIONE	Operatore équipe vaccinale
PERMANENZA PER ALMENO 15 MINUTI NELLA ZONA DI OSSERVAZIONE	Medico o Infermiere

FASE 4

INIZIATIVA	ATTORI
COMPILAZIONE CERTIFICATO DI VACCINAZIONE E APPUNTAMENTO PER SECONDA DOSE (ALL. 5)	Vaccinatore
REGISTRAZIONE DELLA VACCINAZIONE	Vaccinatore
REGISTRAZIONE EVENTUALI REAZIONI AVVERSE	Vaccinatore

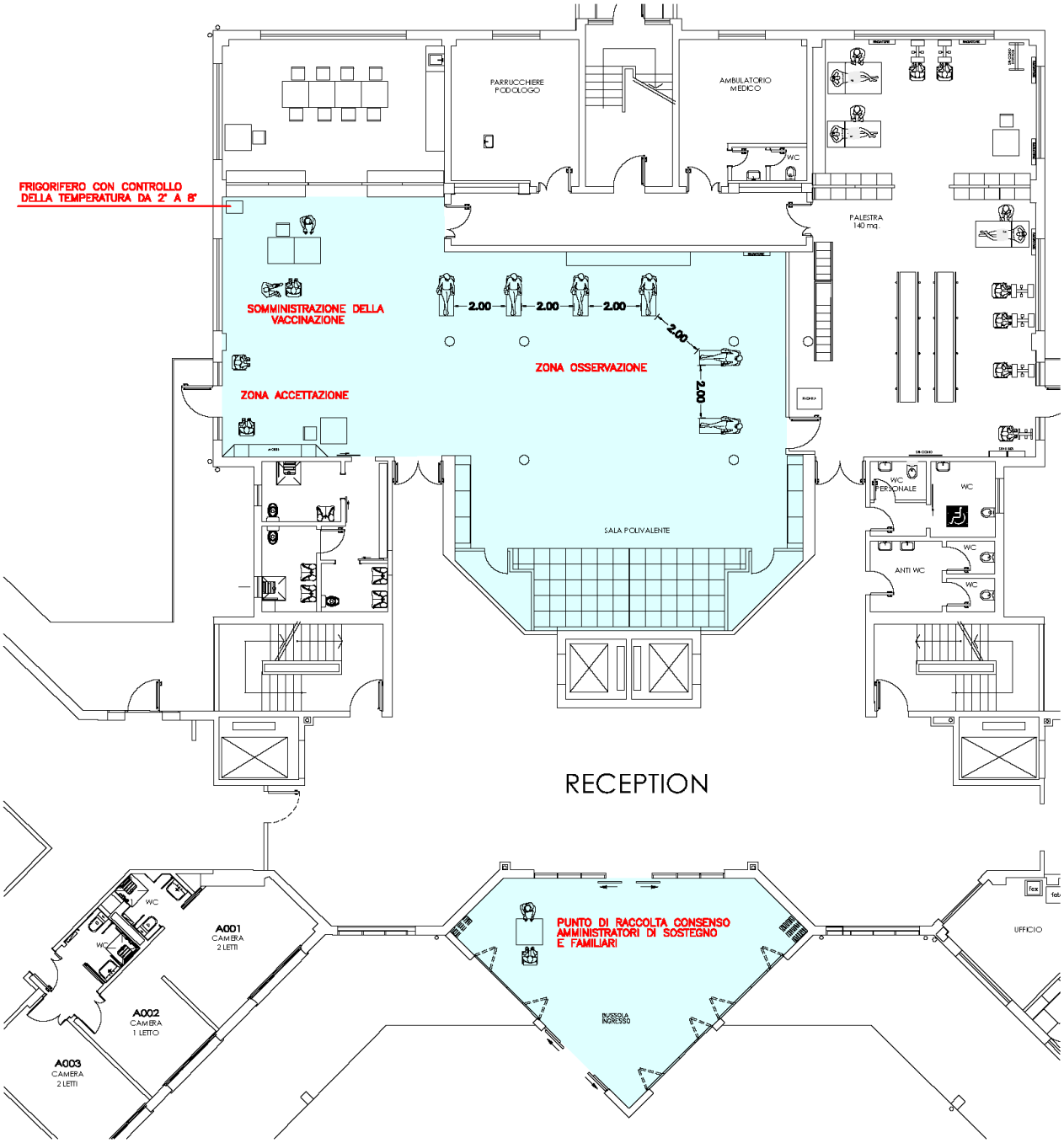
Organizzazione punti di vaccinazione

Presso la RSA di via Don Guanella il punto vaccinale è allestito nella sala animazione/polifunzionale posta al piano terra la quale, nelle giornate di somministrazione del vaccino, rimane destinata esclusivamente a tale attività.

Il locale viene sanificato prima e dopo ciascuna sessione vaccinale.

Il PVSR è organizzato in tre zone:

- postazione per l'accettazione;
- postazione vaccinale;
- area post vaccinazione attrezzata con sei posti adeguatamente distanziati.

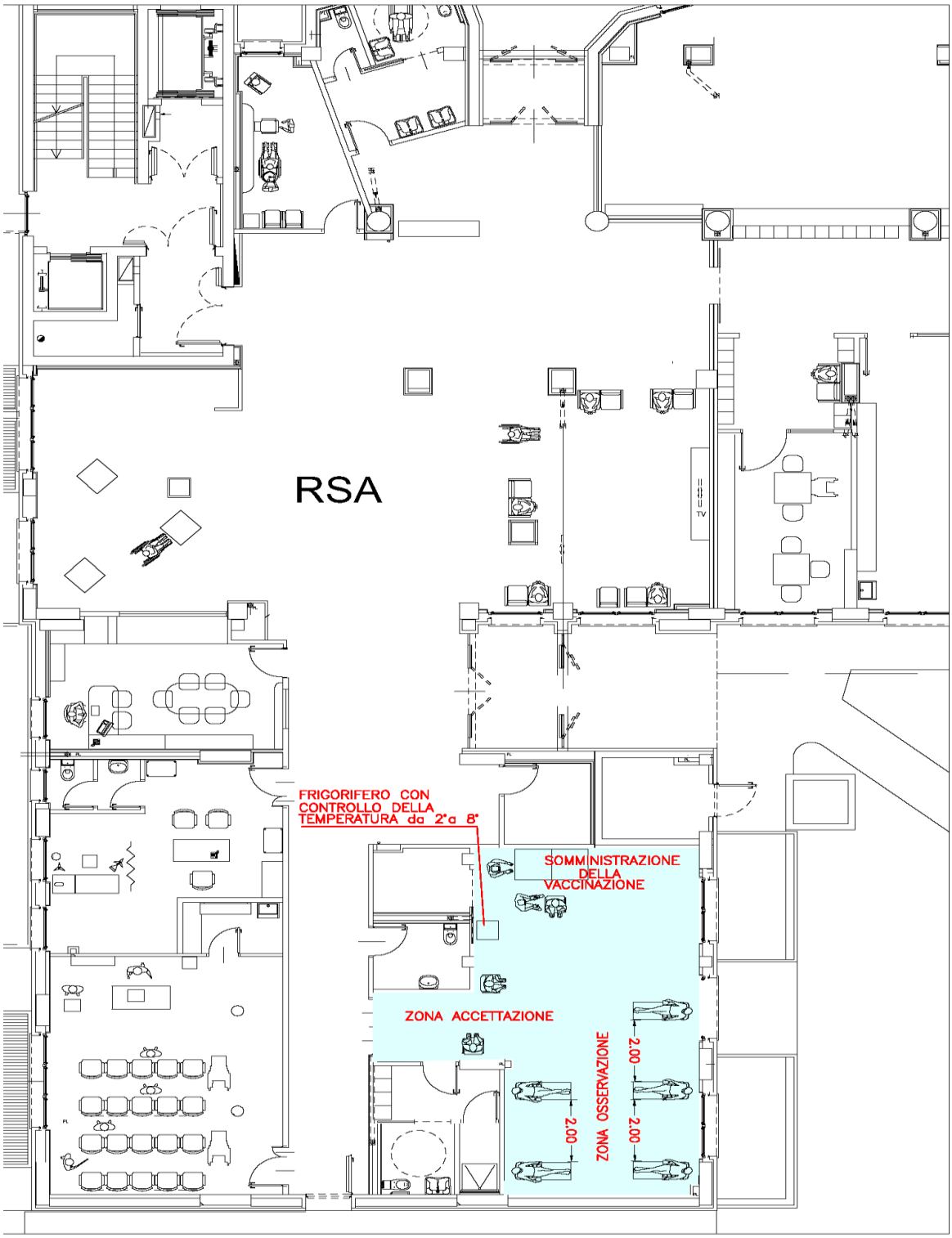

FRIGORIFERO CON CONTROLLO DELLA TEMPERATURA DA 2° A 8°
PARRUCCHIERE PODOLOGO
AMBULATORIO MEDICO
WC
PALESTRA 140 mq.
SOMMINISTRAZIONE DELLA VACCINAZIONE
2.00
2.00
2.00
2.00
2.00
ZONA OSSERVAZIONE
ZONA ACCETTAZIONE
SALA POLIVALENTE
WC PERSONALE
WC
ANTI WC
WC
WC
RECEPTION
WC
WC
A001 CAMERA 2 LETTI
A002 CAMERA 1 LETTO
A003 CAMERA 2 LETTI
PUNTO DI RACCOLTA CONSENSO AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO E FAMILIARI
BUSSOLA INGRESSO
fax
UFFICIO

Presso la RSA Centro Servizi alla Persona il punto vaccinale è allestito nella palestra ubicata al piano terra la quale, nelle giornate di somministrazione del vaccino, rimane destinata esclusivamente a tale attività.

Il locale viene sanificato prima e dopo ciascuna sessione vaccinale.

Il PVSR è organizzato in tre zone:

- postazione per l'accettazione;
- postazione vaccinale;
- area post vaccinazione attrezzata con sei posti adeguatamente distanziati.



Ciascun PVSR è dotato di:

- DPI previsti per l'esecuzione dell'attività vaccinale;
- materiale per disinfezione;
- kit di primo soccorso per eventuali reazioni allergiche.

Tenuta dell’archivio vaccinale

Presso ogni PVSR viene depositata la seguente documentazione:

- copia della presente procedura;
- documentazione scientifica relativa al vaccino;
- FAQ di AIFA;
- indicazioni operative per l’utilizzo dell’anagrafica informatizzata;
- scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa (ADR);
- registro ADR inviate;
- guida alle controindicazioni (scheda tecnica vaccino);
- registro delle non conformità.

ALLEGATO 1
AL MODULO DI CONSENSO

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

NOTA INFORMATIVA

1. Il vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" è usato al fine di prevenire la malattia COVID-19 causata dal virus SARS-CoV-2.

2. Il vaccino induce il nostro organismo ad attivare un meccanismo di protezione (quale la produzione di anticorpi) capace di prevenire l'ingresso nelle nostre cellule del virus responsabile di COVID-19 e di prevenire quindi l'insorgere della malattia.

3. Il vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" può essere somministrato a partire dai 16 anni d'età.

4. Il vaccino non può essere somministrato alle donne in gravidanza e in fase di allattamento.

5. Il vaccino è somministrato mediante iniezione nella parte alta del braccio.
   Esso richiede 2 dosi, a distanza di 21 giorni l'una dall'altra.

   È molto importante che *Lei* si ripresenti per la seconda somministrazione, altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare.

   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. Possono essere necessari fino a 7 giorni dopo la seconda dose del vaccino per sviluppare la protezione contro il COVID-19.
   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 95% e potrebbe essere inferiore in persone con 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. Il vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19 contiene un RNA messaggero che non può propagare se stesso nelle cellule dell'ospite, ma induce la sintesi di antigeni del virus SARS-CoV-2 (che esso stesso codifica). Gli antigeni S del virus stimolano la risposta anticorpale del vaccinato con produzione di anticorpi neutralizzanti.
   RNA messaggero è racchiuso in liposomi formati da ALC-0315 e ALC-0159 per facilitare l'ingresso nelle cellule

   Il vaccino contiene inoltre altri eccipienti:

- 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine
- colesterolo
- sodio fosfato bibasico diidrato
- fosfato monobasico di potassio
- cloruro di potassio
- cloruro di sodio
- saccarosio
- acqua per preparazioni iniettabili

8. Il vaccino può causare **reazioni avverse**.

   Tali reazioni possono essere:

   Molto comuni (possono interessare più di 1 paziente su 10):
   - dolore, arrossamento, gonfiore nel sito di iniezione
   - stanchezza
   - mal di testa
   - dolori muscolari
   - brividi
   - dolori articolari
   - febbre

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

• ingrossamento dei linfonodi

Rare

Sono state segnalate alcune rare gravi ***reazioni allergiche*** in seguito alla somministrazione del vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19 durante la vaccinazione di massa, al di fuori degli studi clinici.

I sintomi di una reazione allergica includono:
• orticaria (protuberanze sulla pelle che sono spesso molto pruriginose);
• gonfiore del viso, della lingua o della gola;
• respirazione difficoltosa.

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.

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 Pfizer-BioNTech COVID-19.
Se Lei 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 perché l'RNAm inoculato non può indurre la replicazione del virus.

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

ALLEGATO 2
AL MODULO DI CONSENSO

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:		
Anamnesi	**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: - 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 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?			
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 sul Suo stato di salute

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Allegato 3

.VACCINAZIONE ANTI-COVID19
MODULO DI CONSENSO

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* 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 ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo _____

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

---

Rifiuto la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo _____

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

---

Fondazione Onlus
Casa di Riposo Città di Sondrio
Via Don Guanella, 36 – 23100 Sondrio- Tel. 0342/541011 – Fax. 0342/541050
e-mail: segreteria@rsasondrio.it – C.F. 80000270142 – P. IVA 00401580147

Allegato 4 A

Il sottoscritto, dott Carlo Fiori, nato il 03.06.1961, direttore sanitario della Fondazione onlus Casa di riposo Città di Sondrio,

CERTIFICA

che il/la Signor/a _____ nato il _____

Ospite della RSA ubicata a Sondrio in via Don Guanella n.36, è in condizione di acquisire e comprendere un'informativa sulle caratteristiche, effetti e conseguenze del vaccino anti SARS-CoV-2 e, pertanto, di rendere una consapevole espressione della volontà di sottoporsi o non sottoporsi alla somministrazione dello stesso.

Data Firma

_____ _____

Fondazione Onlus
Casa di Riposo Città di Sondrio
Via Don Guanella, 36 – 23100 Sondrio- Tel. 0342/541011 – Fax. 0342/541050
e-mail: segreteria@rsasondrio.it – C.F. 80000270142 – P. IVA 00401580147

Allegato 4 B

Il sottoscritto, dott Carlo Fiori, nato il 03.06.1961, direttore sanitario della Fondazione onlus Casa di riposo Città di Sondrio,

CERTIFICA

che il/la Signor/a _____ nato il _____

Ospite della RSA ubicata a Sondrio in via Don Guanella n.36, il quale presenta

_____

_____

_____

_____

_____

non è in condizione di acquisire e comprendere un'informativa sulle caratteristiche, effetti e conseguenze del vaccino anti SARS-CoV-2 e, pertanto, di rendere una consapevole espressione della volontà di sottoporsi o non sottoporsi alla somministrazione dello stesso.

ATTESTA

che, in relazione alle condizioni di salute del Signore sopra menzionato e alla circostanza che risiede in una collettività ad alto rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 , la somministrazione del vaccino in parola è indicata a sua migliore tutela.

Data Firma

_____ _____

Fondazione Onlus
Casa di Riposo Città di Sondrio
Via Don Guanella, 36 – 23100 Sondrio- Tel. 0342/541011 – Fax. 0342/541050
e-mail: segreteria@rsasondrio.it – C.F. 80000270142 – P. IVA 00401580147

Allegato 4 C

Il sottoscritto, dott Carlo Fiori, nato il 03.06.1961, direttore sanitario della Fondazione onlus Casa di riposo Città di Sondrio,

VISTO l'articolo 5 del decreto legge 5 gennaio 2021, n.1 (pubblicato sulla G.U. del 05.01.2021) avente ad oggetto: "Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;

ACCERTATO che il Signor_____, nato il_____, Ospite della RSA ubicata a Sondrio in via Don Guanella n.36:

- è incapace di esprimere un valido consenso/dissenso alla somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2;
- non ha espresso, attraverso DAT, alcuna volontà in materia di trattamenti sanitari;
- non ha nominato un fiduciario ex lege 22.12.2017, n.219;
- non è assistito da tutore, curatore, amministratore di sostegno.

ACQUISITA dal Signor_____ , nato il _____

in qualità di _____ la preadesione alla somministrazione del vaccino all'Ospite sopra citato;

ai sensi e per gli effetti del comma 2, dell'articolo 5, del D.L. 5 gennaio 2021, n.1, assume la funzione di amministratore di sostegno del Signor_____

al solo fine della prestazione del consenso alla somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2.

Data firma

_____ _____

Allegato 5

Vaccinazione anti COVID-19 con vaccino Pfizer mRNABNT162b2 (Comirnaty)

CERTIFICATO DI VACCINAZIONE (1° DOSE) E APPUNTAMENTO PER 2° DOSE

Si certifica che in data_____

Il/la sig/sig.ra_____

Ha ricevuto la 1° dose del vaccino anti COVID-19 con vaccino Pfizer mRNABNT162b2 (Comirnaty)

N° lotto dose 1 _____ sul deltoide del braccio ☐ destro ☐ sinistro

PORTI QUESTA SCHEDA AL PROSSIMO APPUNTAMENTO

Conservi questa scheda come promemoria finché non riceverà la seconda dose del vaccino.

L'appuntamento per la 2° dose è fissato per il GIORNO_____/_____/_____ alle ORE ___,____

DOSE 1 - Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

_____

……

N° lotto dose 2 _____ sul deltoide del braccio ☐ destro ☐ sinistro

DOSE 2 -Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

_____

Può segnalare una reazione avversa sospetta al sito:
Agenzia Italiana del Farmaco sito web:
http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avversa