

### SCHEDA ANAMNESTICA ALLA VACCINAZIONE IN FARMACIA CONVENZIONATA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione (in sede di prima e di seconda somministrazione, qualora prevista)

**Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Sì o Non so, dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.**

<b>Nome e Cognome</b>		<b>Data e luogo di nascita</b>			
<b>Codice fiscale o tessera sanitaria</b>		<b>Telefono</b>			
QUESITI			SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?					
Ha febbre?					
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: .....					
Ha mai avuto una reazione <i>grave</i> dopo aver ricevuto un vaccino?					
Soffre di malattie cardiache, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad es. asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi?					
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)					
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?					
Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A					
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....					
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?					
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2o 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?					
A seguito della prima dose del vaccino si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche?					
Pregressa infezione da COVID-19? Se sì, quando: .....					
E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?					
Sta allattando?					

Ha riscontrato eventuali sospette reazioni avverse comparse dopo la prima dose di vaccino? Se sì quali:

.....

<b>Data e luogo</b>		<b>Firma del vaccinando</b>	
---------------------	--	-----------------------------	--

**Allegato A al Modulo idoneità/non idoneità alla vaccinazione in Farmacia convenzionata**  
**ELENCO DELLE PATOLOGIE CHE DEFINISCONO IL CITTADINO ESTREMAMENTE VULNERABILE** (secondo quanto definito dal decreto ministeriale 12 marzo 2021)

<b>Aree di patologia / Condizione</b>	<b>Definizione</b>
Malattie respiratorie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrosi polmonare idiopatica</li> <li>- Altre malattie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia</li> </ul>
Malattie cardiocircolatorie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scompenso cardiaco in classe avanzata (III-IVNYHA)</li> <li>- Pazienti post shock cardiogeno</li> </ul>
Malattie neurologiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone</li> <li>- Sclerosi multipla</li> <li>- Distrofia muscolare</li> <li>- Paralisi cerebrali infantili</li> <li>- Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive</li> <li>- Miastenia <i>gravis</i></li> <li>- Patologie neurologiche disimmuni</li> </ul>
Diabete/altre endocrinopatie severe (quali morbo di Addison)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soggetti con diabete di tipo 1</li> <li>- Soggetti con diabete di tipo 2 che necessitano di almeno 2 farmaci per il diabete o che hanno sviluppato complicanze</li> <li>- Soggetti con morbo di Addison</li> <li>- Soggetti con panipopituitarismo</li> </ul>
Fibrosi cistica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pazienti da considerare per definizione ad alta fragilità per le implicazioni respiratorie tipiche della patologia di base</li> </ul>
Insufficienza renale/patologia renale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pazienti sottoposti a trattamento dialitico cronico</li> </ul>
Malattie autoimmuni – immunodeficienze primitive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pazienti con grave compromissione polmonare marcata immunodeficienza</li> <li>- Pazienti con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico</li> </ul>
Malattia epatica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pazienti con diagnosi di cirrosi epatica</li> </ul>
Malattie cerebrovascolari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evento ischemico-emorragico cerebrale che abbia compromesso l'autonomia neurologica e cognitiva del paziente affetto</li> <li>- Persone che hanno subito uno "stroke" nel 2020 e per gli anni precedenti con ranking maggiore uguale a 3</li> </ul>
Patologia oncologica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pazienti con patologia tumorale maligna in fase avanzata non in remissione</li> <li>- Pazienti oncologici e onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure</li> </ul>
Emoglobinopatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pazienti affetti da talassemia, anemia acellule falciformi</li> </ul>

Sindrome di Down	- Tutti i pazienti con sindrome di Down in ragione della loro parziale competenza immunologica e della assai frequente presenza di cardiopatie congenite sono da ritenersi fragili
Trapianto di organo solido e di cellule staminali emopoietiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pazienti in lista d'attesa o trapiantati di organo solido</li> <li>- pazienti in attesa o sottoposti a trapianto (sia autologo che allogenico) di cellule staminali emopoietiche (CSE) dopo i 3 mesi e fino ad un anno, quando viene generalmente sospesa la terapia immunosoppressiva</li> <li>- pazienti trapiantati di CSE anche dopo il primo anno, nel caso che abbiano sviluppato una malattia del trapianto contro l'ospite cronica, in terapia immunosoppressiva</li> </ul>
Grave obesità	- Pazienti con BMI maggiore di 35
HIV	- Pazienti con diagnosi di AIDS o <200 CD4

#### ALLEGATO 4

#### MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTICOVID-19 IN FARMACIA CONVENZIONATA

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria/Codice fiscale:	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota e ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dall' Agenzia Italiana del Farmaco del vaccino: " \_\_\_\_\_ "

Ho riferito al Farmacista 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 al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

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.

<b>ACCONSENTO E AUTORIZZO</b>	<b>RIFIUTO</b>
la somministrazione del vaccino .....	la somministrazione del vaccino .....
<b>Data e luogo:</b>	<b>Data e luogo:</b>
<b>Firma</b> della persona che riceve il vaccino o suo rappresentante legale .....	<b>Firma</b> della persona che rifiuta il vaccino o suo rappresentante legale .....

#### Professionista sanitario dell'equipe vaccinale

<b>1. Nome Cognome (farmacista)</b>	<b>2. Nome Cognome (ruolo _____)</b>
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato <b>Firma:</b> .....	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato <b>Firma:</b> .....

**La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile, ma non indispensabile in contesto di criticità logistico-organizzativa**

#### Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data e ora	Firma sanitario
<b>1° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					
<b>2° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					

**ALLEGARE al Consenso informato la NOTA INFORMATIVA aggiornata predisposta da AIFA relativa al vaccino somministrato anti Covid-19 e resa disponibile dal Ministero della Salute alla seguente pagina web: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>, alla sezione Piano vaccini anti Covid-19.**

## Allegato 5

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

#### **Premessa**

La Regione Emilia-Romagna, ai sensi della L. n. 27 del 24 aprile 2020, art. 17-bis, avvalendosi della collaborazione anche delle Farmacie convenzionate situate nel proprio territorio, offre ai cittadini che rispondono a determinati requisiti di cui alla scheda di idoneità/inidoneità alla vaccinazione in Farmacia convenzionata aderente al progetto e avente i requisiti di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n..... /2021 la possibilità di eseguire la vaccinazione anti SARS-CoV-2 in Farmacia.

Il conferimento dei dati richiesti è assolutamente facoltativo: può quindi decidere di non fornire tutto o parte dei dati, ma in tali casi non sarà possibile procedere all'esecuzione della vaccinazione.

Il trattamento dei Suoi dati avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

#### **Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati**

Il titolare del trattamento è l'Azienda Unità Sanitaria Locale \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ contatti \_\_\_\_\_ (mail, urp, etc...) \_\_\_\_\_

Il responsabile della protezione dei dati è raggiungibile ai seguenti punti di contatto: Email: dpo@\_\_\_\_\_ pec: dpo@\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Il titolare del trattamento, La informa che i Suoi dati potranno essere trattati anche da personale incaricato del trattamento per le vie brevi. La Farmacia presso la quale ha eseguito la vaccinazione è stata designata quale responsabile del trattamento dei dati.

#### **Finalità e base giuridica del trattamento**

La base giuridica del trattamento dei dati personali è dettata dal Regolamento EU 2019/679, art. 9, par. 2, lettera h) e i), e in quanto tale non necessita del Suo consenso.

La vaccinazione ha finalità di diagnosi e cura, attraverso la prevenzione della malattia COVID-19, malattia causata dal virus SARS-CoV-2 che, come sa, è una delle finalità istituzionali dell'AUSL.

#### **Durata del trattamento**

I dati verranno trattati con le modalità descritte nella presente informativa, ai sensi della L. n. 27 del 24 aprile 2020, art. 17-bis.

#### **Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati, comunque, non saranno in nessun caso diffusi né trasferiti in Paesi extra UE: potranno però essere comunicati, per il perseguimento delle finalità di cui sopra, ai sensi della L. n. 27 del 24 aprile 2020, art. 17-bis, ai soggetti operanti nel Servizio nazionale della protezione civile, ai soggetti attuatori di cui all'articolo 1 dell'OCDCPC n. 630 del 3 febbraio 2020, nonché gli uffici del Ministero della salute e dell'Istituto superiore di sanità, le strutture pubbliche e private che operano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e i soggetti deputati a monitorare e a garantire l'esecuzione delle misure anti covid, ivi compreso il Suo medico di medicina generale o, comunque al personale autorizzato dell'Azienda sanitaria che, ai predetti fini, è stata designata quale titolare del trattamento dei dati.

#### **I suoi diritti**

Lei ha il diritto di esercitare i diritti indicati dagli articoli 15 e ss del GDPR, ovvero ha la facoltà di accedere ai dati e, nei casi previsti, di chiederne la modifica, la cancellazione o la portabilità. Potrà inoltre opporsi al trattamento e chiederne la limitazione, così come potrà proporre reclamo o segnalazione al Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

I predetti diritti potranno essere esercitati direttamente presso l'Azienda sanitaria o contattando il Responsabile della Protezione dei dati dalla stessa designato all'indirizzo e-mail dpo@\_\_\_\_\_, o PEC dpo@\_\_\_\_\_.