

**MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTICOID-19
(Dose di richiamo "booster" Sputnik Light)**

Cognome e Nome _____ Cod. ISS _____

Nato/a a _____ il _____

Residenza _____

Recapito telefonico _____

Il Vaccino Sputnik Light V al momento NON E' STATO AUTORIZZATO DALL'ENTE REGOLATORIO EUROPEO, European Medicines Agency (EMA) ALLA COMMERCIALIZZAZIONE NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA.

Il vaccino contiene:

- particelle di sierotipo 26 di adenovirus contenente il gene della proteina S del Sars-Cov 2 nella quantità di (1,0 +/- 5) per 1011 particelle di dose.

Eccipienti: Tris (idrossimetil) amminometano, sodio cloruro, saccarosio, magnesio cloruro esaidrato, acido etiendiamminotetraacetico (EDTA), etanolo 95%.**Effetti collaterali:** il vaccino può causare reazioni avverse, tali reazioni possono essere:

manifestazioni di tipo simil influenzale, reazioni sul sito di iniezione, mal di testa, nausea. Come per altri vaccini sono state registrate rare reazioni allergiche. Tutti gli eventi avversi collegati alla vaccinazione si sono risolti.

Ho letto, mi è stata illustrata ed ho compreso le informazioni sul vaccino Sputnik Light-V.

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/a correttamente informato/a 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 un 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.

In data _____ acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino Sputnik Light-V.

Firma della persona che riceve il vaccino
o del suo Rappresentante Legale

Firma del Medico