

Modulo di consenso alla vaccinazione per COVID-19

Versione 3.0 – 11 marzo 2021

MODULO DI CONSENSO – Vaccinazione per COVID-19

Cognome		Nome		Identificazione (p.es., numero di tessera sanitaria)	
Genere: <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere <input type="checkbox"/> Altro: _____				Sanitario per le cure primarie (Medico di famiglia o Infermiere professionale)	
Se indigeno, indicare quale identità indigena: <input type="checkbox"/> Prime Nazioni <input type="checkbox"/> Métis (comprende membri dell'organizzazione o degli Insediamenti Métis) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> Altro indigeno, specificare quale: _____ <input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere <input type="checkbox"/> Ignoto					
Telefono di casa		Cellulare			
Indirizzo		Città		Provincia	Codice postale

Data di nascita (giorno, mese, anno) ----- / ----- / ----- -----	Età	Questa è la prima o la seconda dose di vaccino che riceve? <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/> Seconda Se è la seconda dose, indicare la data della prima dose e il nome del vaccino somministrato: -----/-----/----- (giorno, mese, anno) Nome del vaccino somministrato: -----
--	-----	---

Consenso a ricevere il vaccino

Ho letto (o mi è stato letto) e ho capito il Pacchetto prevaccinazione, comprendente i seguenti documenti: "Scheda informativa sul vaccino per il COVID-19" e "Cosa occorre sapere sul vostro appuntamento per la vaccinazione per il Covid-19".

- Ho avuto la possibilità di porre domande sul vaccino che ricevo e ottenere risposte soddisfacenti.

Accenso a ricevere il vaccino, comprese tutte le dosi raccomandate.

- Capisco che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento.
- Capisco che se ritiro il consenso come supplente decisionale per un'altra persona, devo poi contattare la comunità nella quale tale persona risiede.

Nota bene: Se cambia idea e non acconsente più a ricevere il vaccino, contatti l'ambulatorio vaccinale dove avrebbe dovuto ricevere il vaccino per Covid-19. Ciò permetterà a qualcun altro di prendere il suo posto. Se il consenso è stato ritirato da un supplente decisionale di una persona che risiede in una comunità, tale comunità deve contattare l'unità sanitaria pubblica locale.

Riconoscimento della raccolta, dell'uso e della divulgazione di informazioni sanitarie personali

Le informazioni sanitarie personali contenute in questo modulo vengono raccolte allo scopo di fornirle assistenza sanitaria e creare un libretto vaccinale a suo nome, e in quanto necessarie per la gestione del programma di vaccinazione per COVID-19 in Ontario. Tali informazioni saranno usate e divulgate per tali scopi, oltre che per ogni altro scopo autorizzato o richiesto dalla legge. Per esempio,

- saranno divulgate all'ufficiale sanitario in capo e alle unità sanitarie pubbliche dell'Ontario laddove la divulgazione sia necessaria per gli scopi previsti dalla *Legge per la protezione e la promozione della salute*. Inoltre,

- potranno essere divulgate, nell'ambito della vostra cartella sanitaria elettronica provinciale, ai sanitari che l'avranno in cura.

Le informazioni saranno conservate in un sistema di cartelle sanitarie custodito e controllato dal Ministero della Salute.

Laddove un ambulatorio vaccinale sia gestito da un ospedale, l'ospedale stesso raccoglierà, userà e divulgherà le sue informazioni come agente del Ministero della Salute.

Riconosco di avere letto e capito la dichiarazione che precede.

Potrebbe venire contattato da un ospedale, da un'unità sanitaria pubblica locale o dal Ministero della Salute per scopi legati al vaccino per COVID-19 (per esempio, per ricordarle appuntamenti successivi e fornirle un attestato di vaccinazione). Se lei acconsente a ricevere tali informazioni successive via posta elettronica, lo indichi usando la casella sottostante.

Acconsento a ricevere comunicazioni successive:

- via email** **via messaggi testuali/SMS**

Se ha scelto la posta elettronica, indichi il suo indirizzo email: _____

Consenso ai contatti su studi di ricerca

Ha la possibilità di acconsentire ai contatti da parte di ricercatori in merito alla partecipazione a studi di ricerca legati al vaccino per COVID-19. Se lei acconsente a tali contatti, le sue informazioni sanitarie personali saranno usate per decidere quali studi possano avere rilevanza per lei, e il suo nome e i suoi contatti saranno divulgati ai ricercatori. Acconsentire ai contatti sugli studi di ricerca non significa acconsentire a partecipare alla ricerca stessa. La partecipazione alla ricerca è volontaria. Lei può rifiutarsi di acconsentire ai contatti sugli studi di ricerca senza che ciò influisca sul suo diritto a ricevere il vaccino per COVID-19.

Qualora lei non desideri contatti sugli studi di ricerca, lo indichi qui di seguito.

Se lei acconsente ai contatti sugli studi di ricerca e poi cambia idea, potrà ritirare il consenso in qualsiasi momento contattando il Ministero della Salute all'indirizzo vaccine@ontario.ca.

Ciò non influirà sul suo diritto a ricevere il vaccino per Covid-19.

Acconsento ai contatti su studi di ricerca legati al vaccino per COVID-19:

- via email** **via messaggi testuali/SMS** **via telefono** **via posta**

Se ha scelto la posta elettronica, indichi il suo indirizzo email: _____

Non acconsento ai contatti su studi di ricerca legati al vaccino per COVID-19:

Firma	Nome in stampatello	Data di firma

Se firma per conto di qualcun altro, indichi il suo rapporto con tale persona:

Se firmo per qualcun altro, confermo di esserne genitore / tutore legale o supplente decisionale.

Questioni specifiche sulla Legge sulle case di cura per lungodegenti del 2007

Il consenso del residente a ricevere la vaccinazione può venire ritirato o revocato in qualsiasi momento.

Dichiarazione ai sensi della sezione 83 della Legge:

Si noti la seguente protezione legale:

Ogni licenziatario di una casa di cura per lungodegenti si accerterà che a nessuno venga detto o fatto credere che un potenziale residente potrà non venire accettato o che un residente potrà venire dimesso dalla casa di cura per le seguenti ragioni:

- (a) un documento non è stato firmato;
- (b) un accordo è stato annullato; oppure
- (c) un consenso o una direttiva relativi a trattamenti o cure sono stati dati, non dati, ritirati o revocati.

RISERVATO ALL'AMBULATORIO

Agente	COVID-19	Nome del prodotto	N. lotto	Quantità:
Sito anatomico	<input type="checkbox"/> Deltoide sinistro <input type="checkbox"/> Deltoide destro	Via	Intramuscolare (IM)	Dose n.:

Data di somministrazione	----- / ----- / ----- (gg/mm/aaaa)	Ora di somministrazione	----- : ----- am pm	Eventi avversi post vaccinazione? (dopo la dose attuale)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Somministrato da (nome, designazione)		Località		Autorizzato da	
Motivo per la vaccinazione	<input type="checkbox"/> Operatore sanitario <input type="checkbox"/> LTC: Residente <input type="checkbox"/> LTC: Operatore sanitario <input type="checkbox"/> LTC: Altro non dipendente <input type="checkbox"/> RH: Operatore sanitario <input type="checkbox"/> RH: Residente <input type="checkbox"/> RH: Assistente essenziale <input type="checkbox"/> RH: Altro non dipendente <input type="checkbox"/> Età avanzata: Residenza in comunità <input type="checkbox"/> Paziente adulto cronico <input type="checkbox"/> Comunità indigena <input type="checkbox"/> Altra popolazione prioritaria <input type="checkbox"/> Residenze in congregazione: Residente <input type="checkbox"/> Residenze in congregazione: Personale <input type="checkbox"/> Residenze in congregazione: Assistente essenziale				
Motivo per mancata vaccinazione	<input type="checkbox"/> La vaccinazione è controindicata <input type="checkbox"/> Il sanitario raccomanda la vaccinazione ma il PAZIENTE non acconsente <input type="checkbox"/> Il sanitario ha deciso per un rinvio temporaneo della vaccinazione <input type="checkbox"/> Medicamento non avente diritto <input type="checkbox"/> Il paziente ha ritirato il consenso				
La sua seconda dose è prevista in data:	----- / ----- / ----- (gg/mm/aaaa) ----- : ----- am pm				