



- PFIZER-BIONTECH COVID-19**     **MODERNA COVID-19**     **VAXZEVRIA COVID-19**     **JANSSEN**
- 辉瑞-生物科技COVID-19**     **MODERNA COVID-19**     **VAXZEVRIA COVID-19**     **强生公司的 JANSSEN COVID-19**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 出生地点 \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

居所 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria (se disponibile) n. \_\_\_\_\_

医疗卡号码(如果有的话) \_\_\_\_\_

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino sopra indicato.

我已阅读并以已知语言向我说明，我完全理解意大利药品管理局 (AIFA) 制定的上述疫苗的信息说明。

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

我向医生报告了当前和/或以前的病理以及正在进行的治疗。

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

我有机会询问有关疫苗和我的健康状况的问题，获得全面和理解的答案。

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.

我已被清楚地正确告知，并且我了解疫苗接种的好处和风险、方式和治疗选择，以及任何拒绝或放弃完成第二剂疫苗接种的后果（如果有）。

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

我知道如果发生任何副作用，我有责任立即通知我的医生并遵循他/她的指示。

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

我同意在接种疫苗后至少在候诊室停留 15 分钟，以确保不会立即发生不良反应。

**ACCONSENTO ED AUTORIZZO** la somministrazione della vaccinazione mediante il vaccino sopra indicato

**我同意并授权**使用上述疫苗接种疫苗

Data e luogo \_\_\_\_\_

地点于日期 \_\_\_\_\_

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale \_\_\_\_\_

接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 \_\_\_\_\_

**RIFIUTO** la somministrazione del vaccino sopra indicato

**我不同意**使用上述疫苗接种疫苗

Data e luogo \_\_\_\_\_

地点于日期 \_\_\_\_\_

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante legale \_\_\_\_\_

不同意接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 \_\_\_\_\_

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda> o scansionando il Qr Code a margine.



有关根据 2016/679 欧盟法规第 13 条和第 14 条处理个人数据的信息，请访问：<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-impresa> 或扫描空白处的二维码。

Firma \_\_\_\_\_

签字 \_\_\_\_\_

PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

接种疫苗的医护人员

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_

名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

任务 \_\_\_\_\_

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

我确认接种疫苗的人已在充分通知后同意接种疫苗。

Firma \_\_\_\_\_

签字 \_\_\_\_\_

2. Nome e cognome \_\_\_\_\_

名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

任务 \_\_\_\_\_

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

我确认接种疫苗的人已在充分通知后同意接种疫苗。

Firma \_\_\_\_\_

签字 \_\_\_\_\_

***La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa***

***在诊所或其他单一医生操作的环境中，在个人家中或处于后勤组织紧急状态的情况下，第二卫生专业人员的存在不是必不可少的***

**SCHEDA ANAMNESTICA**

抗 COVID-19 疫苗接种同意书的附件

**病历单词**

20012469-28 / 03/2021-DGPRES-DGPRES-P - 用户附件 3 (A 03)

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.  
由接种疫苗的人填写，并由疫苗接种卫生专业人员进行审查。

Nome e cognome 名	姓	Telefono电话		
<b>ANAMNESI</b> <b>病历</b>		<b>SI</b> <b>有</b>	<b>NO</b> <b>没有</b>	<b>NON</b> <b>SO</b> <b>不知道</b>
Attualmente è malato? 您现在患病吗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre? 发烧有吗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare 您是否对乳胶、任何食物、药物或疫苗成分过敏? 如果是, 请指定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? 接种疫苗后有严重的反应吗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? 您是否患有心脏或肺部疾病、哮喘、肾脏疾病、糖尿病、贫血或其他血液疾病?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? 您是否处于免疫系统受损的状态? (例如: 癌症、白血病、淋巴瘤、艾滋病毒/艾滋病、移植)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? 在过去 3 个月内, 您是否服用过任何削弱免疫系统的药物 (例如: 可的松、泼尼松或其他类固醇) 或抗癌药物, 或者您是否接受过放射治疗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? 在过去一年中, 您是否接受过输血或血液制品, 或者是否接受过免疫球蛋白 (γ) 或抗病毒药物治疗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? 您有过抽搐或任何大脑或神经系统问题吗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____ 您在过去 4 周内是否接种过任何疫苗? 如果是, 是哪一个? _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? <b>对于女性:</b> 您是否怀孕或计划在第一次或第二次给药后的一个月內怀孕?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta allattando? 您在母乳喂养吗?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: \_\_\_\_\_

在下面指明药物，特别是那些抗凝剂，以及天然补充剂、维生素、矿物质或您正在服用的任何替代药物： \_\_\_\_\_

<b>ANAMNESI COVID CORRELATA</b> <b>相关的 COVID 病历</b>	<b>SI</b> <b>有</b>	<b>NO</b> <b>没有</b>	<b>NON</b> <b>SO</b> <b>不知道</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? 上个月您是否接触过感染了 Sars-CoV2 或受 COVID-19 影响的人?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b> <b>表现出以下症状之一:</b>			
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali? • 咳嗽/感冒/发烧/喘息或流感样症状?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? • 喉咙痛/嗅觉或味觉丧失?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea? • 腹痛/腹泻?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi? • 眼睛异常瘀伤或流血/发红?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? • 上个月您是否进行过任何国际旅行?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEST COVID-19:</b> <b>COVID-19 测试:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nessun test COVID-19 recente • 最近没有 COVID-19 测试			
• Test COVID-19 negativo (data _____) • 阴性 COVID-19 测试 (日期_____)			
• Test COVID-19 positivo (data _____) • 阳性 COVID-19 测试 (日期_____)			
• In attesa di test COVID-19 (data _____) • 等待 COVID-19 测试 (日期_____)			

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute \_\_\_\_\_

报告有关您健康状况的任何病理或新闻 \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

日期于地点 \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando o rappresentante legale \_\_\_\_\_

接受疫苗人的签名或其法定代表的签名 \_\_\_\_\_