

**Vaccination contre la COVID19**  
**Formulaire de consentement**  
**"Vaccin COVID-19 Janssen"**

Prénom et Nom de famille \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

N. Carte de santé (si disponible) \_\_\_\_\_

J'ai lu et on m'a expliqué dans une langue que je connais et j'ai tout à fait compris la Note d'Information écrite par l'Agence italienne des médicaments (AIFA) en ce qui concerne le

**"Vaccin COVID-19 Janssen"**

J'ai signalé au médecin les pathologies, actuelles et / ou antérieures ainsi que les thérapies en cours. J'ai eu la possibilité de poser des questions sur le vaccin et sur mon état de santé et j'ai obtenu des réponses exhaustives que j'ai comprises.

J'ai été correctement informé et les mots qui ont été utilisés pour le faire étaient tout à fait compréhensibles pour moi. J'ai compris les avantages et les risques de la vaccination, les modalités et les alternatives thérapeutiques mais aussi les conséquences d'un éventuel refus ou d'une renonciation de ma part à compléter la vaccination avec la deuxième dose, si cette dernière est prévue.

Je suis conscient de la responsabilité que j'ai de devoir informer et suivre les indications de mon médecin traitant au cas où n'importe quel effet indésirable apparaissait.

J'accepte de rester dans la salle d'attente pendant au moins 15 minutes à partir de l'administration du vaccin afin que l'on puisse s'assurer qu'aucune réaction indésirable immédiate ne survienne.

J'ai compris que sur la base des indications du comité scientifique technique national (dans sa circulaire prot. n.26246 du 11.06.2021, respectivement n.27471 du 18.06.2021 qui prévoient la possibilité d'une dérogation à la limite d'âge au-delà de 60 ans) et visa l'avis favorable du comité d'éthique (territorialement compétent) le vaccin peut également être administré aux personnes de moins de 60 ans.

**CONSENTEMENT**

Je consens et j'autorise l'administration du **"Vaccin COVID-19 Janssen"**

Date et lieu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature de la personne ou de son représentant légal qui accepte de se faire vacciner*

**REFUSEMENT**

Je refuse l'administration du **"Vaccin COVID-19 Janssen"**

Date et lieu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature de la personne ou de son représentant légal qui accepte de se faire vacciner*

## Professionnels de santé de l'équipe de vaccination

### 1. Médecin

Prénom et Nom de famille \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Je confirme que la personne qui va se faire vacciner a exprimé son consentement à la vaccination, après avoir été correctement informée.

\_\_\_\_\_  
Signature

### 2. Médecin ou autre professionnel de la santé

Prénom et Nom de famille \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Je confirme que la personne qui va se faire vacciner a exprimé son consentement à la vaccination, après avoir été correctement informée.

\_\_\_\_\_  
Signature

**La présence d'un deuxième professionnel de la santé n'est pas indispensable dans le cas d'une vaccination dans un ambulatoire ou dans un autre contexte où un seul médecin opère, au domicile de la personne qui se fait vacciner, ou dans une situation logistique et organisationnelle critique.**