



## Informazioni cliniche

Codice Clinica	Nome della Clinica	Telefono	Codice negozio
Indirizzo		Città	Stato
			CAP

## Dati del Paziente

Cognome	Nome	Data di nascita	Sesso
Indirizzo		Città	Stato
			CAP
Nome del Medico curante	No. telefono del Medico curante	No. fax del Medico curante	
Indirizzo del Medico curante		Città	Stato
			CAP

Sei un **residente**  di una struttura di cura a lungo termine o un **dipendente/membro del personale**  ?

Questa è la **prima**  o la **seconda**  dose della vaccinazione anti COVID-19 per questo paziente?

**Dati dell'assicurazione:** (Per le cliniche in loco, accertarsi di aver ottenuto una copia della tessera assicurativa del paziente)

### \* INDICA I SETTORI RICHIESTI

**Assicurazione sulle prescrizioni mediche:**  Sì  No

\*Sei il principale titolare della tessera?

\*Se non lo sei, indica la data di nascita del titolare principale

\*Nome del Piano di copertura delle prescrizioni      \*N. ID del titolare della tessera      \*ID Gruppo prescrizione      \*BIN      \*PCN

### Campi Medicare:

Sì  No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*Il Paziente ha almeno 65 anni o idoneo a ricevere Medicare?

\*Numero ID Medicare Parte A/B (MBI) **Nota:** L'MBI è richiesto per tutti i pazienti di almeno 65 anni o idonei a ricevere Medicare. Consultare la tessera Medicare rossa, bianca e blu

### Assicurazione sanitaria:

Sì  No

\*Fornitore di assicurazione sanitaria

\*N. ID del titolare della tessera

\*ID Gruppo

\*ID Pagante

\*Il paziente è il principale titolare della tessera?

\*Se non lo è, indicare la data di nascita del titolare principale

**\*Se si è privi di copertura assicurativa, spuntare la casella di seguito per attestare la veridicità e l'accuratezza delle informazioni seguenti:**

Non sono in possesso di alcuna assicurazione, compresa, ma non in via limitativa, Medicare, Medicaid o altra copertura assicurativa sanitaria pubblica o privata.

Per ottenere il pagamento della tariffa amministrativa relativa al vaccino da parte del Programma COVID-19 per pazienti non assicurati offerto dall'Amministrazione per i servizi e le risorse sanitarie (Health Resources & Services Administration's COVID-19 Program for Uninsured Patients) degli Stati Uniti, si prega di fornire uno dei seguenti documenti identificativi (a) un numero valido di Social Security, (b) un numero di documento identificativo di Stato e Stato di emissione, OPPURE (c) il numero di patente e lo Stato di emissione.

\*Numero di Social Security      oppure Numero del documento identificativo di Stato e Stato di emissione      oppure Numero di patente e Stato di emissione

## Possibili controindicazioni

	SÌ	NO	NON SO
1. Ti senti male oggi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hai mai ricevuto una dose di vaccino anti COVID-19? <b>Se sì, quale vaccino?</b> <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Un altro prodotto: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hai mai avuto una reazione allergica grave (ad es. anafilassi) in passato? <i>Ad esempio, una reazione che ha richiesto la somministrazione di epinefrina o EpiPen®, o un ricovero ospedaliero?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La reazione allergica grave si è verificata dopo la somministrazione di un vaccino anti COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La reazione allergica grave si è verificata dopo la somministrazione di un altro vaccino o di un farmaco iniettabile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La reazione allergica grave era correlata alla somministrazione di glicole polietilenico o di prodotti contenenti glicole polietilenico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La reazione allergica grave era correlata alla somministrazione di polisorbato o di prodotti contenenti polisorbato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Possibili controindicazioni** segue

- |   | SÌ                    | NO                    | NON SO                |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Ti sono stati somministrati vaccini nelle ultime due settimane?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Hai ricevuto anticorpi monoclonali o plasma convalescente nell'ambito di una terapia anti COVID-19 negli ultimi 90 giorni? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Possibili considerazioni**

- |  | SÌ                    | NO                    | NON SO                |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. Soffri di un disturbo emorragico o assumi un anticoagulante ematico?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Per le donne, sei attualmente in stato di gravidanza o stai allattando al seno? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**CONSENSO PER I SERVIZI:** Ho ricevuto il o i fogli informativi sui vaccini o il foglio informativo per i pazienti corrispondente al o ai vaccini che sto per ricevere. Ho letto le informazioni fornite sul vaccino che sto per ricevere. Ho avuto l'opportunità di porre domande e ho ricevuto risposte soddisfacenti. Comprendo i vantaggi e rischi della vaccinazione e mi assumo volontariamente la piena responsabilità per qualsiasi reazione che potrebbe risultarne. Comprendo che dopo la vaccinazione dovrò restare nella zona della somministrazione del vaccino per 15 minuti per consentire il monitoraggio di eventuali reazioni avverse. Comprendo che in caso di effetti collaterali dovrò fare quanto segue: chiamare la farmacia, contattare il medico, chiamare il 911. Chiedo che il vaccino venga somministrato a me o alla persona menzionata sopra per la quale sono autorizzato/a a fare questa richiesta. Solo per lo Stato della Georgia: Confermo che un farmacista mi ha chiesto le mie informazioni sanitarie e se ho ricevuto un esame obiettivo nell'ultimo anno. Gli operatori sanitari non hanno rilevato disturbi che controindicherebbero la somministrazione di uno o più vaccini.

**AUTORIZZAZIONE ALLA RICHIESTA DI PAGAMENTO:** Autorizzo CVS Pharmacy® ("CVS") a rilasciare informazioni e richiedere pagamenti. Certifico che le informazioni che ho fornito relativamente alla richiesta di pagamento da parte di Medicare o Medicaid, o del programma HRSA COVID-19 per pazienti

non assicurati sono corrette. Autorizzo la divulgazione di tutte le informazioni necessarie per effettuare questa richiesta. Richiedo che il pagamento delle indennità autorizzate venga effettuato per mio conto.

**DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI SANITARIE:** Comprendo che CVS® potrebbe divulgare volontariamente o avere l'obbligo di divulgare le mie informazioni sanitarie al medico responsabile di questo protocollo sui dati sanitari specifici relativi alle persone vaccinate presso CVS (se del caso), al mio medico generico (se ne ho uno), al mio piano assicurativo, ai sistemi sanitari e agli ospedali, e/o ai registri di stato o federali, per scopi terapeutici, economici o altre operazioni sanitarie (di tipo amministrativo o di controllo della qualità). Comprendo inoltre che CVS utilizzerà e divulgherà le mie informazioni sanitarie come previsto nelle CVS Notice of Privacy Practices (Norme di protezione della privacy di CVS, disponibili in ogni farmacia anche in forma cartacea, su richiesta, e online). Solo per lo Stato della California: Acconsento alla divulgazione da parte di CAIR delle informazioni relative alle mie vaccinazioni a operatori sanitari, agenzie o scuole. Cliniche di vaccinazione: Se ricevo un vaccino attraverso una clinica di vaccinazione, comprendo che il mio nome, la data e l'orario dell'appuntamento per il vaccino verranno forniti al coordinatore della clinica.

**X**

**Firma del paziente che riceverà il vaccino (oppure genitore, tutore o rappresentante autorizzato)**

Data

Se firmi per conto del paziente, dichiara di essere autorizzato/a a fornire i consensi richiesti per conto del paziente.

Nome del genitore, tutore o rappresentante autorizzato

Numero di telefono

Relazione

**A cura dell'operatore sanitario che somministra il vaccino****Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only**

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer <input type="radio"/> L <input type="radio"/> R	Volume (mL)
Lot #	Exp. Date	Route	Site	

**If patient's body temperature is 100.4° F or greater, inform them they should not receive the vaccine at this time.**

**Patient Temperature**

Administering Immunizer Name & Title	Administering Immunizer Signature
--------------------------------------	-----------------------------------

**To be filled out by immunizer, as required for state immunization registry reporting. Only for states listed.**

**MS:** Check all fields for patients 18 years of age and younger

**OK:** Check Race and Ethnicity for all patients. Select Next of Kin for patients 18 years of age and younger.

**Race:**  1 - American Indian or Alaska Native  2 - Asian  3 - Native Hawaiian/Other Pacific Islander  
 4 - Black or African American  5 - White  6 - Other Race

**Ethnicity:**  1 - Hispanic  2 - Not Hispanic or Latino  3 - Unknown

**Next of Kin (18 or younger)**

Name	Phone Number	Relationship
------	--------------	--------------

Address

**State of NJ only**

Prescriber Name	Prescriber Address
-----------------	--------------------

**For CA, MA, MT, NJ, NM, NY, TX** (For CA, this indicator means the registry will not share with Universities, Schools or other agencies) **Registry Sharing Indicator:**  Yes  No