

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA VACCINAZIONE COVID-19

integrativa della documentazione sanitaria del paziente

Nome _____ Cognome _____

INTEGRAZIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO MEDICO DI DERMAL FILLER

Sono stato adeguatamente informato che la somministrazione di vaccini nella fase precedente e successiva ai trattamenti con filler possono causare reazioni immuni in grado di procurare alcuni effetti collaterali/eventi avversi, quali infiammazioni, edemi e gonfiori.

Si segnala che il report FDA relativo allo studio di Fase 3 del vaccino Moderna Covid-19 negli stati Uniti ha segnalato in tre casi una reazione infiammatoria da interazione tra la risposta immunitaria dopo vaccinazione e filler dermico, inoltre l'agenzia Europea del Farmaco EMA ha inserito il 07.05.2021 una indicazione relativa al vaccino Covid-19 Comirnaty (Pfizer-BioNTech) sul possibile gonfiore del volto (facial swelling) :

Gli esiti, descritti anche in alcuni articoli di letteratura hanno riguardato transitorio edema e gonfiore nella sede di inoculo del filler, risolti senza esiti con terapia antinfiammatori steroidei e antistaminici.

E' pertanto, seppur rara, una reazione da considerare in rapporto a trattamenti con acido ialuronico e somministrazione di Vaccino Covid-19.

Il Medico le ha illustrato quali sono le pratiche prudenziali attualmente suggerite per ridurre la possibile insorgenza degli effetti descritti.

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLO 'STATO VACCINALE'

il/la sottoscritto/a dichiara al medico di aver ben compreso l'informativa relativa ai possibili, rari, eventi avversi relativi a dermal filler e vaccinazione Covid, consapevole che la comunità scientifica, le società scientifiche di riferimento ed il suo medico sostengono l'attuale campagna vaccinale.

Specifica di:

non essere stato sottoposto a vaccinazione da Covid-19

di essere stato sottoposto a vaccinazione da Covid-19

con quale vaccino:

Vaccini a mRNA

nello specifico

Comirnaty (Pfizer- BioNTech. Moderna CureVac

Vaccini a vettore virale

nello specifico

Vaxzevria (Astrazeneca. Janssen

Vaccini a virus inattivato

nello specifico

Sinovac Sinopharm

Vaccini proteici

nello specifico

Novavax

Se si è sottoposto a vaccinazione Covid-19 indichi cosa le è stato indicato dal centro vaccinale in merito al numero di somministrazione previste per lei

due somministrazioni. prevede una sola somministrazione

Se si è sottoposto a vaccinazione indichi:

ha effettuato la prima/unica dose in data _____

ha effettuato la seconda dose in data _____

ha programmato la seconda dose in data _____

Non ho ancora effettuato la vaccinazione ma ho un primo appuntamento programmato presso il centro vaccinale in data _____

Luogo _____ Data _____

A conferma di quanto sopra indicato, da me accuratamente riletto appongo la mia firma
