

CHECK LIST SEDUTA VACCINALE

ASSL.....

Luogo..... Data PVO ☐ PVT ☐ PVR ☐ PVTM ☐

Tipologia di vaccino utilizzata: PFIZER ☐ MODERNA ☐ ASTRAZENECA ☐

Lotto..... Scadenza..... Ora inizio seduta.....Ora fine seduta.....

Numero Persone/Ospiti programmati per la vaccinazione.....

Numero Persone/Ospiti che hanno eseguito la vaccinazione.....

Numero Persone/Ospiti che hanno effettuato la 1° dose di vaccinazione.....

Numero Persone/Ospiti che hanno effettuato la 2° dose di vaccinazione

N° Flaconi di vaccino utilizzati.....N° dosi di vaccino inoculate.....

N° Flaconi rotti e/o non conformi.....

N° persone/ Ospiti che hanno manifestato reazioni avverse riconducibili alla somministrazione del vaccino che però non hanno richiesto particolare interventi sanitari.....

N° persone/ Ospiti che hanno manifestato reazioni avverse riconducibili alla somministrazione del vaccino che sono stati inviati in Pronto Soccorso.....

N° di flaconi inattivati a fine seduta con blu di metilene e/o eosina.....

Nome e ruolo degli operatori che hanno eseguito le attività di vaccinazione

Medico Accettazione e consenso Informato.....

Medico Counselling e sorveglianza post vaccinazione.....

Amministrativo e/o Infermiere accettazione/ consenso informato.....

Amministrativo e/o Infermiere registrazione dati AVACS.....

Farmacista/ Infermiere preparatore vaccino.....

Infermiere/ Assistente Sanitario somministratore.....

Oss per attività di supporto alla vaccinazione.....

Firma del Medico responsabile punto di vaccinazione

Firma degli operatori che hanno partecipato alla seduta di vaccinazione

Note