

E**Vaccinazione Anti-Covid 19
Somministrazione Vaccino**

Somministrazione

Applica qui l'etichetta adesiva

VACCINANDO	Nome e Cognome															
DOSE	Prima dose <input type="checkbox"/>	Seconda dose <input type="checkbox"/>														
SITO DI INOCULAZIONE	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>01 - deltoide sinistro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>02 - Deltoide destro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>03 - Quadricipite della coscia sinistra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>04 - Quadricipite della coscia destra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>05 - Gluteo sinistro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>06 - Gluteo destro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>07 - Altro</td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	01 - deltoide sinistro	<input type="checkbox"/>	02 - Deltoide destro	<input type="checkbox"/>	03 - Quadricipite della coscia sinistra	<input type="checkbox"/>	04 - Quadricipite della coscia destra	<input type="checkbox"/>	05 - Gluteo sinistro	<input type="checkbox"/>	06 - Gluteo destro	<input type="checkbox"/>	07 - Altro
<input type="checkbox"/>	01 - deltoide sinistro															
<input type="checkbox"/>	02 - Deltoide destro															
<input type="checkbox"/>	03 - Quadricipite della coscia sinistra															
<input type="checkbox"/>	04 - Quadricipite della coscia destra															
<input type="checkbox"/>	05 - Gluteo sinistro															
<input type="checkbox"/>	06 - Gluteo destro															
<input type="checkbox"/>	07 - Altro															
LOTTO N°																
DATA SCADENZA LOTTO																
DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE																
SANITARIO	Nome e Cognome (*) Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Firma														
OPERATORE SANITARIO A SUPPORTO	Nome e Cognome	Firma														