



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 CON VACUNA DE VECTOR VIRAL JANSSEN DE J&J PARA LAS PERSONAS MENORES DE 60 AÑOS

Considerando las pautas formuladas por el Comité Técnico Científico de la Agencia Italiana de Medicamentos (AIFA) con fecha de 11/06/2021, conforme a las que:

- a) la vacuna contra el COVID-19 recomendada para las personas menores de 60 años es Comirnaty (Pfizer- BioNTech) o bien Moderna (de ARN mensajero viral);
- b) el uso de la vacuna Janssen (autorizado para los mayores de 18 años) es recomendado para las personas con más de 60 años;
- c) en caso de que se produzcan **situaciones específicas** (*personas sin hogar, solicitantes de asilo o personas con problemas sociales que de hecho perjudican significativamente el cumplimiento de los plazos de vacunación*) en las que quede patente **la ventaja que supone una única administración y al no existir otras alternativas**, se puede utilizar la vacuna Janssen, previo dictamen del Comité ético territorialmente competente;

Teniendo en cuenta que, tras la solicitud de dictamen urgente planteada por la Agencia Sanitaria Local (AUSL) de Parma con fecha de 06/07/2021, el Comité ético territorialmente competente declaró que la administración de la vacuna monodosis parece una **opción válida** para lograr una cobertura de vacunación eficaz, **en las situaciones antes mencionadas** (636/2021/PARERE/AUSLPR);

Fui informado por el Dr.

Que, con arreglo a los datos de historia clínica proporcionados, el ratio riesgo/beneficio, en relación con mi condición específica y con la dificultad de acudir a la administración de una segunda dosis, hace que la vacuna monodosis resulte una opción válida y ventajosa. Por lo tanto

YO, EL ABAJO FIRMANTE..... NACIDO EL

AUTORIZO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA la administración de la vacuna JANSSEN de JOHNSON & JOHNSON.

ME COMPROMETO TAMBIÉN A SEÑALAR SÍNTOMAS O SIGNOS COMPATIBLES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA o TROMBOCITOPENIA QUE APAREZCAN EN LOS PRÓXIMOS 21 DÍAS (dificultad respiratoria, dolor de pecho, hinchazón en la pierna, dolor en la pierna, dolor abdominal persistente tras la vacunación, dolor de cabeza severo o persistente, visión borrosa, confusión o crisis convulsivas tras la vacunación, o bien equimosis-petequias fuera del lugar de inyección después de algunos días) ACUDIENDO AL MÉDICO DE CABECERA, AL SERVICIO MÉDICO DE GUARDIA O A URGENCIAS PARA RECIBIR UNA EVALUACIÓN MÉDICA.

FECHA Y LUGAR

.....

FIRMA

.....