

Concerne:

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Numero di passaporto o carta d'identità: _____

Certificato medico

Sono consapevole che attualmente una quarta dose di vaccino contro il Covid-19 (o secondo booster) non è raccomandata in Svizzera per le persone immunocompetenti che hanno già completato un ciclo vaccinale (immunizzazione di base + una dose di richiamo o booster).

Io medico sottoscritto confermo di aver discusso con il paziente summenzionato su rischi e benefici di una somministrazione *off-label* di una dose supplementare di un vaccino omologato in Svizzera. In particolare, confermo di aver informato il mio paziente che allo stato attuale non abbiamo dati sull'efficacia e sulla sicurezza di un simile schema vaccinale.

Dopo discussione col paziente e appurato il suo consenso, chiedo la somministrazione di:

- una dose di Comirnaty® (Pfizer)
- una dose di Spikevax® (Moderna)

Luogo, Data: _____

Firma e timbro del medico: _____

L'Ufficio del Medico Cantonale mette questo formulario a disposizione dei medici che esercitano nel Cantone e che desiderano far vaccinare i loro pazienti presso un Centro di vaccinazione cantonale con un vaccino omologato in Svizzera ma con un'indicazione off-label. La responsabilità dell'emissione del certificato è del medico che lo rilascia.