

# Corso FAD "Campagna vaccinale Covid-19: la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19" – Regione Sicilia

## Istruzioni per l'iscrizione con parola chiave: VAC1sici

Il processo di iscrizione al corso FAD "Campagna vaccinale Covid-19: la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19" è articolato nelle seguenti fasi:

### 1. Creazione del proprio account sulla piattaforma (se non già creato in precedenza)

Passi per la creazione del proprio account:

- Accedere alla piattaforma <https://www.eduiss.it>
- Cliccare su "Crea un account" <https://www.eduiss.it/login/signup.php>
- Compilare tutti i campi obbligatori
  - Il personale **sanitario** dovrà compilare i campi con professione e disciplina ECM
  - Il personale NON sanitario – **amministrativo**- dovrà rispondere NO alla domanda "Appartieni a una professione ECM?" e a seguire selezionare "Altro"
  - Il personale NON sanitario – **OSS** - dovrà rispondere NO alla domanda "Appartieni a una professione ECM?" e a seguire selezionare "Operatore di supporto (OSS)"
- una volta compilata la scheda in tutti i campi obbligatori si riceverà una mail all'indirizzo di posta elettronica indicato
- completare la registrazione sulla piattaforma seguendo le istruzioni fornite nella mail. **ATTENZIONE:** controllare anche la casella di posta indesiderata; se il link non è attivo, copiarlo nella barra degli indirizzi del browser (non in quella di ricerca) e cliccare su invio

**ATTENZIONE! Per essere iscritti al Corso FAD è necessario passare alla fase successiva**

### 2. Iscrizione al Corso FAD

- accedere a <https://www.eduiss.it> inserendo le proprie credenziali nella finestra di login
- accedere alla sezione Catalogo formativo -> "Corsi disponibili - Professionisti Area sanitaria e Assistenti sociali" e cliccare sul link "**Campagna vaccinale Covid-19: la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19**"
- in fondo alla pagina comparirà la scritta "Inserisci la chiave e fai clic su iscrivimi per iscriverti al corso"
- inserire nello spazio apposito la **parolachiave:VAC1sici**
- cliccare su "**Iscrivimi**" (Per gli accessi successivi al primo non sarà necessario inserire nuovamente la chiave) e ci si troverà all'interno del Corso
- compilare l'**Autocertificazione requisiti per l'accesso al corso**



**ADESIONE**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
Regione Siciliana

Via Mazzini, 1 – 91100 -TRAPANI  
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745  
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

Dipartimento di Prevenzione della Salute

U.O.C. Sanità Pubblica, Epidemiologica e Medicina Preventiva (SPEMP)  
Via Amm. Staiti, 95 – Trapani

☎ 0923-543011/543024-34  
☎ 0923- 26363  
✉ epid@asptrapani.it

**CAMPAGNA VACCINALE ANTI Sars-Cov-2  
AUTODICHIARAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

(Ai sensi dell’art. 46-47 del DPR 445/2000)  
(allegare copia documento di identità)

Il sottoscritto Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Codice Regionale \_\_\_\_\_ recapito tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Avente il proprio ambulatorio: 1) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_  
2) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- **di aderire** alla campagna di vaccinazione anti Covid 1 secondo il Protocollo d’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome e le organizzazioni sindacali della Medicina Generale, sottoscritto in data 21/02/2021;
- **di essere** vaccinato per Sars-Cov-2 (ciclo vaccinale completato)./ **di non essere** vaccinato per controindicazioni cliniche
- **di garantire** in tempo reale l’aggiornamento dell’anagrafe vaccinale con i dati dei soggetti sottoposti a vaccino;
- **la propria disponibilità** a somministrare vaccini anche in ambiti limitrofi, qualora richiesto dall’Azienda Sanitaria Provinciale Territorialmente Competente;
- **Di vaccinare** i soggetti con la tipologia di vaccino riservato al momento della somministrazione alle categorie prescritte e secondo le procedure previste dal Coordinamento Organizzativo dal Dipartimento del Farmaco dell’ASP di Trapani.
- **di pianificare** la somministrazione del vaccino e s’impegnano a vaccinare prioritariamente i soggetti che per condizioni cliniche (incapacità a deambulare, fragilità) o socio abitativi non siano in grado di recarsi nei punti vaccinali attivati o per i quali viene ritenuta più opportuna la vaccinazione a domicilio o presso lo studio medico. All’interno di questa categoria saranno inizialmente vaccinati:
  - Over 80,
  - Soggetti con Disabilità Grave e/o Caregiver e Soggetti estremamente vulnerabili e conviventi ove previsto dall’informativa DAR 4046del 11/03/2021 e in seguito i soggetti target individuati nel Piano della Campagna Vaccinale.
- **di comunicare**, dopo aver acquisito il consenso da parte degli assistiti precedentemente arruolati, all’ASP TP con congruo anticipo (almeno 72ore prima della seduta vaccinale programmata) il calendario delle vaccinazioni che intendono effettuare, specificando il tipo di vaccino richiesto e il numero di dosi necessarie per vaccinare i soggetti selezionati, commisurando il numero di dosi ricavabili dal prodotto al numero di soggetti da vaccinare.
- **Di rispettare** le indicazioni previste per la conservazione e trasporto in sicurezza della tipologia vaccinale;
- **Di possedere** le attrezzature necessarie presso il proprio studio Medico idonee a garantire la catena del freddo per l’adeguata conservazione del vaccino anti Covid 19.

**SI IMPEGNA**

- **a comunicare** la propria disponibilità a vaccinare presso:
  - al domicilio,
  - allo studio,
  - presso sede vaccinale individuate dall’Azienda o Presidi di continuità assistenziali con supporto di personale aziendale;
  - presso Presidi di Continuità Assistenziale ( o altra sede individuata dai M.M.G.) senza supporto di personale aziendale;
  - in Unità Mobile

Nelle seguenti fasce orarie:

Lun Fascia Oraria \_\_\_\_\_  
Mar Fascia Oraria \_\_\_\_\_  
Mer Fascia Oraria \_\_\_\_\_  
Gio Fascia Oraria \_\_\_\_\_  
Ven Fascia Oraria \_\_\_\_\_  
Sab Fascia Oraria \_\_\_\_\_  
Dom Fascia Oraria \_\_\_\_\_

- **a registrare** sull’apposita Piattaforma, messa a disposizione dalla Regione, l’avvenuta somministrazione, programmando il richiamo per la Seconda Dose nei tempi indicati secondo le specifiche del prodotto utilizzato, o specifiche indicazioni ministeriali in merito

- **A rilasciare al paziente un attestazione dell'esecuzione del vaccino riportante il tipo di vaccino utilizzato, Data e Ora dell'esecuzione e Data della successiva eventuale somministrazione;**
- **A conferire, in occasione del ritiro delle nuove dosi, secondo le procedure previste, alle sedi distrettuali di riferimento, i Flaconcini del Vaccino utilizzati, previa inoculazione di una goccia di colorante per inibire i residui del prodotto;**
- **A consegnare ai propri assistiti selezionati per la somministrazione del vaccino, la modulistica di riferimento allegata all'Accordo di Partecipazione dei M.M.G. del 21/02/2021**
- **a restituire, le dosi di vaccini non utilizzati**
- **a segnalare eventuali reazioni indesiderate e/o avverse occorse (allegato 17).**
- **Prende inoltre atto che la mancata restituzione della modulistica e del riepilogo dei dati previsti, comporterà l'automatica esclusione dai pagamenti** fino alla consegna degli allegati secondo quanto previsto dal D.A n°743/2020.

Tipo Vaccino	Data Consegna	Lotto	Scadenza	Dosi Consegnate	Firma Del Ricevente
				Dosi Restituite	
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					
MODERNA					

Data \_\_\_\_\_

In fede

TIMBRO E FIRMA
----------------

Tipo Vaccino	Data Consegna	Lotto	Scadenza	Dosi Consegnate	Firma
				Dosi Restituite	

Data \_\_\_\_\_

In fede

TIMBRO E FIRMA
----------------

Tipo Vaccino	Data Consegna	Lotto	Scadenza	Dosi Consegnate	Firma
				Dosi Restituite	

Data \_\_\_\_\_

In fede

TIMBRO E FIRMA
----------------

Tipo Vaccino	Data Consegna	Lotto	Scadenza	Dosi Consegnate	Firma
				Dosi Restituite	

Data \_\_\_\_\_

In fede

TIMBRO E FIRMA

Tipo Vaccino	Data Consegna	Lotto	Scadenza	Dosi Consegnate	Firma
				Dosi Restituite	

Data \_\_\_\_\_

In fede

TIMBRO E FIRMA