

**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 sufficienti dati sull'efficacia e sulla sicurezza di un simile schema vaccinale e che gli eventuali danni non assunti dal fabbricante, dalla struttura di vaccinazione né dalle assicurazioni sociali sono a carico dei diretti interessati.

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

- una dose di richiamo di Comirnaty® (Pfizer)
- una dose di richiamo 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.*