

SCHEDA ANAMNESTICA PRE-VACCINALE

Da compilare prima della vaccinazione

DATI ANAGRAFICI DEL VACCINANDO

Cognome _____ Nome _____

Nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____

Residente a _____ via _____ nr. _____

Codice fiscale _____ Professione _____

Recapito telefonico _____

IL VACCINANDO RIFERISCE DI:

<ul style="list-style-type: none"> Essersi sottoposto a vaccinazione anti-influenzale negli anni passati. Se sì, indichi in quali anni: _____ 	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> Avere malattie febbrili o infezioni acute in atto Se sì, indichi quali: _____ 	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO	(1)
<ul style="list-style-type: none"> Avere una bassa risposta immunitaria 	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Essere affetto da patologie acute o croniche <u>non infettive</u> Se sì, specifichi se è affetto da: <ul style="list-style-type: none"> Malattie del sistema immunitario (es. HIV) _____ _____ Malattie del sangue (es. emofilia) _____ _____ Altro _____ _____ 	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Avere avuto in passato una Sindrome di Guillain Barrè (si tratta di una grave polineuropatia infiammatoria acuta) 	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Assumere terapia farmacologica Se sì, specifichi se assume: <ul style="list-style-type: none"> Farmaci che hanno effetto sul sistema immunitario (es. immunosoppressori) _____ _____ Altro _____ _____ _____ 	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Essere in stato di gravidanza accertata o presunta / stare pianificando una gravidanza Se sì, specificare la settimana di gestazione _____ 	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO	(2)

<ul style="list-style-type: none"> Essere in stato di allattamento 	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Avere sviluppato in passato reazioni gravi o eventi avversi a seguito di vaccinazioni Se sì, specifichi quale reazione _____ E a quale vaccino _____	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Avere in particolare sviluppato reazione anafilattoide ad una precedente vaccinazione antinfluenzale 	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	(4)
<ul style="list-style-type: none"> Essere a conoscenza di avere allergie / ipersensibilità nei confronti del lattice, dei principi attivi del vaccino Fluad, degli eccipienti del vaccino Fluad (sodio cloruro, potassio cloruro, potassio diidrogeno fosfato, disodio fosfato diidrato, magnesio cloruro esaidrato, calcio cloruro diidrato), delle uova, delle proteine del pollo quali l'ovoalbumina, della kanamicina o della neomicina solfato, della formaldeide, del cetiltrimetilammonio bromuro (CTAB) o dell'idrocortisone, dell'adiuvante MF59C.1 (squalene, polisorbato, sorbitan trioleato, sodio citrato, acido citrico) Se sì, specifichi la reazione allergica sviluppata _____	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Avere avuto reazioni anafilattiche alle uova (in particolare ad ovoalbumina o proteine del pollo) 	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Avere in programma di effettuare nei prossimi giorni esami laboratoristici 	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	(3)
<ul style="list-style-type: none"> Avere in passato accusato svenimento / sensazione di svenimento / altre reazioni correlate allo stress durante una iniezione con ago 	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	(2)
<ul style="list-style-type: none"> Godere di esenzione ticket Se sì, indichi quale _____	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	

Note _____

_____, li _____

Firma leggibile del vaccinando

VISTO, l'Operatore Sanitario

- (1) Condizione per la quale la vaccinazione deve essere posticipata sino alla guarigione del processo morboso in atto
- (2) Condizione per la quale occorre, prima dell'esecuzione della vaccinazione, rivolgersi a personale medico, che deciderà se effettuare la vaccinazione o meno
- (3) Condizione per la quale occorre, prima dell'esecuzione della vaccinazione, rivolgersi a personale medico, che deciderà se effettuare la vaccinazione o meno, in considerazione del fatto che in seguito alla vaccinazione anti-influenzale con Fluad sono stati osservati risultati falsi positivi in taluni test di laboratorio
- (4) Condizione per la quale non può essere utilizzato Fluad

IN CASO DI REAZIONI AVVERSE, AGLI OPERATORI SANITARI È RICHiesto DI INVIARE SEGNALAZIONE SECONDO LE MODALITÀ PRECISATE ALL'INDIRIZZO WWW.AGENZIAFARMACO.GOV.IT/CONTENT/SEGNALAZIONI-REAZIONI-AVVERSE.



COLLOQUIO INFORMATIVO effettuato dal Dott.

Trattamento sanitario proposto: somministrazione di vaccino influenzale Flud

Io sottoscritto vaccinando _____

Codice Fiscale _____

DICHIARO

- Di aver riferito correttamente al personale sanitario tutte le informazioni relative al mio stato di salute;
- Di essere stato messo a conoscenza, nel corso di colloquio informativo, riguardo a:
 - Indicazioni e scopo del trattamento sanitario proposto
 - Modalità di esecuzione
 - Vantaggi e limiti prevedibili
 - Eventuali trattamenti alternativi
 - Conseguenze prevedibili della non effettuazione del trattamento proposto
 - Rischi e complicanze; in particolare, sono stati descritti i seguenti effetti indesiderati: ¹⁾ molto comuni: cefalea, dolori muscolari, dolorabilità nel sito di iniezione, stanchezza; ²⁾ comuni: nausea, vomito, diarrea, sudorazione, dolori articolari, febbre, sensazione generale di malessere, brividi, reazioni locali (arrossamento, gonfiore, lividi, indurimento intorno alla zona di iniezione del vaccino); ³⁾ non comuni: eruzioni cutanee; sono stati altresì riportati: piastrinopenia, linfadenopatie, astenia, malattia simil-influenzale, gonfiore, dolore e rossore al sito del punto di iniezione, gonfiore esteso dell'arto sede di iniezione, reazioni allergiche (anafilassi, shock, angioedema), dolore alle estremità, debolezza muscolare, disturbi neurologici (nevralgie, parestesie, convulsioni, sincopi o presincopi, rigidità del collo, confusione, intorpidimento, dolore e debolezza degli arti, perdita di equilibrio, perdita di riflessi, paralisi di parti del corpo o di tutto il corpo, encefalomielite, neurite, Sindrome di Guillan Barrè), reazioni cutanee (prurito, orticaria, eruzioni cutanee, eritema multiforme), vasculiti, problemi renali transitori
- Di aver compreso che, in caso di comparsa di effetti indesiderati (compresi eventuali ulteriori effetti non poc'anzi menzionati), debbo rivolgermi al medico o al farmacista
- Di aver avuto la possibilità, in riferimento ai contenuti del colloquio informativo, di porre richieste di chiarimenti, le cui risposte ho pienamente compreso; a tal proposito si specifica che sono stati discussi, sottolineati ovvero precisati i seguenti aspetti: _____

- Di avere in particolare compreso che è opportuno rimanere nelle adiacenze dell'ambulatorio **per 30 minuti** dopo l'esecuzione della vaccinazione, al fine di permettere un tempestivo ed adeguato intervento medico qualora si verificano effetti indesiderati.

Note _____

_____, li _____

Firma leggibile del vaccinando

Firma dell'Operatore Sanitario



ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Trattamento sanitario proposto: somministrazione di vaccino influenzale Fluad

Io sottoscritto _____

Codice Fiscale _____

dichiaro di aver ben compreso quanto sino ad ora discusso e condiviso col personale sanitario nel corso del processo informativo e dunque

ACCONSENTO

che il trattamento sanitario proposto (somministrazione di vaccino influenzale Fluad) venga effettuato presso questa Struttura.

Firma leggibile del paziente

NEGAZIONE DEL CONSENSO

Trattamento sanitario proposto: somministrazione di vaccino influenzale Fluad

Io sottoscritto _____

Codice Fiscale _____

dichiaro di aver ben compreso quanto sino ad ora discusso e condiviso col personale sanitario nel corso del processo informativo, tuttavia, consapevole dei possibili rischi sulla salute

NON ACCONSENTO

all'effettuazione del trattamento sanitario (somministrazione di vaccino influenzale Fluad) che mi è stato proposto.

Firma leggibile del paziente

Eventuali annotazioni _____

_____, li _____

Firma dell'Operatore Sanitario
