

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE E ANTI COVID-19 : STAGIONE 2023-2024

Unità erogatrice: MMG <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> PVO/DMPO <input type="checkbox"/> PVP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/>	Nome del centro o del soggetto erogatore:
---	---

COGNOME E NOME della Persona da vaccinare	Data di Nascita	Categoria di rischio
---	-----------------	----------------------

VACCINI PROPOSTI	
<p>ANTINFLUENZALI</p> <input type="checkbox"/> Inattivato quadrivalente - VIQ (VAXIGRIP TETRA) <input type="checkbox"/> Inattivato quadrivalente adiuvato – VIQa (FLUAD TETRA) <input type="checkbox"/> Inattivato quadrivalente ad alto dosaggio – VIQhd (EFLUELDA) <input type="checkbox"/> Inattivato quadrivalente su colture cellulari – VIQcc (FLUCELVAX TETRA) <input type="checkbox"/> Vivo attenuato - LAIV - Spray nasale (FLUENZ TETRA)	<p>ANTI COVID-19</p> <input type="checkbox"/> Comirnaty Omicron XBB 1.5 - 30 microgrammi/dose <input type="checkbox"/> Comirnaty Omicron XBB 1.5 - 10 microgrammi/dose <input type="checkbox"/> Comirnaty Omicron XBB 1.5 3 microgrammi/dose
ALTRI VACCINI	

TRIAGE PRE-VACCINALE

In caso di minore: anamnesi raccolta dal genitore/tutore

1. La persona è la prima volta che si sottopone a vaccinazione antinfluenzale?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
2. La persona sta bene oggi?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se no specificare
3. La persona è allergica a farmaci, alimenti, lattice o altro?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
4. La persona ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
5. La persona ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici (in particolare Sindrome di Guillain-Barrè)?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
6. La persona ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
7. La persona ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
8. Negli ultimi 6 mesi, la persona ha attuato terapie di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stata sottoposta a radioterapia o dialisi?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare: <input type="checkbox"/> Cortisonici/immunosoppressori <input type="checkbox"/> Antiepilettici <input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> Altro
9. La persona è mai stata sottoposta ad interventi chirurgici?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
10. La persona ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
11. Se donna, è in gravidanza?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare settimana di gestazione:
Solo per i vaccini vivi		
12. La persona, nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
13. La persona vive con una donna in gravidanza o con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
PER I BAMBINI FINO A 18 MESI COMPRESI D'ETA'		
14. Il bambino è nato prematuro? (età gestazionale inferiore alla 37° settimana) e/o di basso peso?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
15. Il bambino ha familiarità (fratelli o genitori) per convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare

Solo per i vaccini vivi		
16. Vi sono casi di immunodeficienza congenita nei familiari genitori, fratelli, nonni?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
17. La madre ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza o l'allattamento?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
18) Il bambino ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Se si specificare
NOTE		
ANAMNESI COVID19 - CORRELATA		
Negli ultimi 15 giorni è stato in contatto con una persona positiva a SarsCov2 o affetta da COVID-19?		
Manifesta uno dei seguenti sintomi:		
<input type="radio"/> tosse/raffreddore/dispnea/ sintomi simil-influenzali? <input type="radio"/> mal di gola, perdita dell'olfatto o del gusto? <input type="radio"/> dolore addominale/diarrea? <input type="radio"/> lividi anomali o sanguinamento/arrossamento agli occhi?		
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?		
Ha effettuato un test COVID-19?		
<input type="radio"/> Nessun test COVID-19 <input type="radio"/> Test COVID-19 in Data con esito <input type="radio"/> In attesa di test COVID-19 effettuato in Data.....		
Data _____	Firma leggibile dell'interessato o del genitore/ rappresentante legale	Nome e Firma dell'operatore sanitario

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

Io sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____

DICHIARO, ai sensi dell'art. 47 DPR 18/12/2000 N.445, **che**

nel corso dell'avvenuto colloquio con (*nome e cognome del sanitario*) _____
in relazione alla/e vaccinazione/i *sopra indicata/e* alla/e quale/i in data odierna

- mi sottopongo personalmente
 si sottopone mio/a figlio/a / la persona che rappresento legalmente (*persona da vaccinare*)

- ho ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulle indicazioni, controindicazioni, precauzioni e le possibili reazioni avverse del/i vaccino/i impiegato/i, anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo messo a disposizione dal centro vaccinale, nonché sui rischi per la salute in caso di mancata vaccinazione;
- ho avuto la possibilità di formulare domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimento in merito alla/e malattia/e da prevenire, caratteristiche del/dei vaccino/i impiegato/i, benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i sopra indicata/e;
- ho riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute / stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- sono stato informato/a che in base all'anamnesi relativa al mio stato salute/stato di salute della persona che rappresento, non sussistono ad oggi controindicazioni note alla somministrazione del/i vaccino/i proposto/i;
- ho ricevuto informazioni sulla necessità di trattenermi/trattenere mio figlio/la persona che rappresento legalmente in sala d'attesa per almeno 15 minuti, dopo la/le vaccinazione/i e di dover comunicare eventuali reazioni avverse
- Ho ricevuto l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare alla seduta vaccinale, ai sensi della normativa vigente.

Esprimo, pertanto, il CONSENSO alla somministrazione della/e vaccinazione/i sopra indicata/e autorizzo il trattamento dei dati sanitari e sensibili della persona sottoposta alla vaccinazione (Reg. UE 679/2016).

Data _____	Firma leggibile dell'interessato o del genitore/rappresentante legale	Nome e Firma dell'operatore sanitario
------------	--	--