

**NOTE INFORMATIVE SULLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE PER L'ASSISTITO
CAMPAGNA 2023-2024 FLUENZ TETRA****Dopo la vaccinazione è necessario attendere 30 minuti**

Cos'è l'influenza. L'influenza è una malattia provocata da un virus influenzale. Si trasmette per via respiratoria e si ripete, sotto forma di epidemia, ogni anno, nella stagione autunnale e invernale.

Rispetto ad altre infezioni respiratorie virali, come il comune raffreddore, l'infezione influenzale può provocare una malattia seria e indurre complicazioni soprattutto in persone particolarmente vulnerabili, come gli anziani, o persone di qualunque età affette da patologie croniche e in gravidanza.

Come prevenire l'influenza. La vaccinazione è al momento attuale lo strumento di prevenzione della malattia influenzale più semplice ed efficace e ogni anno viene confezionato un nuovo vaccino, in grado di difendere l'organismo da un virus che, di anno in anno, può modificare le proprie caratteristiche.

L'efficacia del vaccino, valutata da numerose ricerche su diversi gruppi di persone, è stata ripetutamente dimostrata. In alcuni casi può non evitare del tutto la malattia, **ma è generalmente in grado di prevenirne le complicanze riducendo sensibilmente la gravità del quadro clinico.**

Sono attualmente in commercio, e disponibili gratuitamente per la campagna di vaccinazione antinfluenzale

2023-24 promossa dall'Istituto per la Sicurezza Sociale, 1 vaccino il cui nome commerciale è: **FLUENZ TETRA**, vaccino vivo attenuato, nasale, tetravalente propagato in uova fertilizzate di gallina.

Posologia: bambini e adolescenti di età superiore ai 24 mesi: 0,2 ml (o,1 ml somministrati per ogni narice).

Gli effetti collaterali da vaccino antinfluenzale

La vaccinazione non provoca generalmente alcun disturbo. I dati epidemiologici registrati a livello internazionale, indicano una incidenza molto bassa di effetti collaterali (1 caso su 1000 vaccinati). In alcuni casi possono verificarsi alcuni inconvenienti, generalmente di lieve entità, come:

- reazioni locali, **come congestione nasale/rinorrea**
- reazioni generali, come **febbre, malessere, dolori muscolari, diminuzione dell'appetito.**

In casi estremamente rari si possono verificare:

- reazioni anafilattiche, sindrome di Guillain Barrè.

Il vaccino antinfluenzale non deve essere somministrato a:

- Bambini e adolescenti al di sotto dei 24 mesi e al di sopra dei 18 anni.
- Soggetti che abbiano manifestato una **reazione allergica grave (anafilassi)** dopo la somministrazione di una **precedente dose di vaccino antinfluenzale** o una reazione allergica grave (anafilassi) a un **componente del vaccino: proteine dell'uovo, proteine delle uova, Gentamicina, Gelatina (suina tipo A), Potassio Diidrogenato Fosfato, Saccarosio, Fosfato dipotassico o Fosfato di potassio (E 340), Arginina cloridrato, Monosodio glutammatomonoidrato o glutammato monosodico, Acqua per preparazioni iniettabili.** Queste sostanze sono tutte utilizzate nel processo produttivo e residui possono essere presenti nel vaccino.
- Bambini o adolescenti che sono clinicamente immunodeficienti o stanno ricevendo terapie immunosoppressive.
- Bambini o adolescenti che sono in contatto stretto con persone che hanno una immunodeficienza grave.
- Bambini o adolescenti affetti da asma severa o con attacco asmatico in corso.
- Bambini o adolescenti che assumono salicilati o farmaci antivirali contro l'influenza.
- Ragazza in stato di gravidanza o che sta allattando.

Una malattia acuta di media o grave entità, con febbre, costituisce una controindicazione temporanea alla vaccinazione, che va rimandata a guarigione avvenuta

- **Un'anamnesi positiva per sindrome di Guillain Barrè**, insorta entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose di vaccino antinfluenzale, costituisce controindicazione alla vaccinazione. Il rischio stimato è inferiore a quello dell'Influenza grave e non sono stati osservati casi al di sotto dei 45 anni.

Nel caso di comparsa di effetti secondari è opportuno consultare il medico di famiglia o il medico del Servizio che ha effettuato la vaccinazione.

Nota bene: il vaccino antinfluenzale offre una protezione specifica esclusivamente nei confronti di alcuni ceppi di virus dell'influenza, per cui durante il periodo invernale possono insorgere malattie respiratorie acute, provocate da altri virus o da batteri, anche in soggetti vaccinati contro l'influenza.

ANAMNESI PREVACCINALE E CONSENSO INFORMATO PER LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

San Marino, li ____ / ____ / ____

Il sottoscritto / a _____ Cod. ISS _____

in nome proprio in nome del/la MINORE (art. 4 ultimo comma Legge n. 69/95)

in qualità di Madre Padre Delegato dai genitori* Tutore legale Familiare (art. 80 Legge n. 49/1996)

del/la Minore _____

della Persona _____ (priva in tutto o in parte di autonomia decisionale)

nato/a a il ____ / ____ / ____ Cod. ISS _____

* **DELEGA SCRITTA N.B.** va allegata la documentazione che indica i poteri del/i legale/i rappresentante/i

Fornisce le necessarie informazioni relative al suo stato di salute, al fine della valutazione, da parte del medico, di eventuali controindicazioni alla vaccinazione antinfluenzale con **FLUENZ TETRA**

Presenza di malattie con febbre alta o un'infezione acuta in atto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
L'età del bambino/adolescente è compresa tra 24 mesi e 18 anni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie a componenti del vaccino proteine dell'uovo, proteine delle uova, Gentamicina, Gelatina (suina tipo A), Potassio Diidrogenato Fosfato, Saccarosio, Fosfato dipotassico o Fosfato di potassio (E 340), Arginina cloridrato, Monosodio glutammatomonoidrato o glutammato monosodico, Acqua per preparazioni iniettabili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Avere avuto una reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose di vaccino antinfluenzale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il bambino/ragazzo è in contatto stretto con persone che hanno una immunodeficienza grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il bambino/ragazzo è affetto da asma o ha un attacco asmatico in corso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il bambino/ragazzo assume salicilati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il bambino/ragazzo sta assumendo farmaci antivirali contro l'influenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La ragazza è in stato di gravidanza o sta allattando	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DICHIARA/DICHIARANO sotto la propria responsabilità

Di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

- Scheda informativa** sulla vaccinazione antinfluenzale per l'assistito
- Di essere stato/a/i adeguatamente informato/a/i e di aver compreso le modalità di somministrazione, le indicazioni, i vantaggi e i benefici conseguenti alla vaccinazione, il grado di efficacia, le controindicazioni e gli eventuali effetti collaterali della vaccinazione antinfluenzale e la probabilità del loro verificarsi, le possibili complicanze e la loro incidenza in relazione alla esperienza della pratica vaccinale nella R.S.M. e descritta in letteratura, nonché sui rischi della mancata vaccinazione e sulle possibili conseguenze del non trattamento ai sensi dell'articolo 2 della Legge 23 Maggio 1995 n.69.
- Di essere a conoscenza della non obbligatorietà della vaccinazione influenzale
- Prende atto che è raccomandabile non allontanarsi dall'ambulatorio per 30 minuti dall'avvenuta vaccinazione

Pertanto consapevolmente mi determino ad **AUTORIZZARE** **NON AUTORIZZARE**

La somministrazione del vaccino antinfluenzale raccomandato-facoltativo ai sensi dell'articolo unico del DECRETO DELEGATO 26 Maggio 2023 n.86.

Firma del/la/i Richiedente/i

Timbro e firma del Medico

Il presente modulo, opportunamente compilato va trattenuto e conservato agli atti.