NOTE INFORMATIVE E CONSENSO INFORMATO SULLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE PER L'ASSISTITO IN ETÀ PEDIATRICA CAMPAGNA 2026-2027

Dopo la vaccinazione è necessario attendere 20 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 **2025-2026** promossa dall'Istituto per la Sicurezza Sociale, 3 vaccini i cui nomi commerciali sono **FLUCELVAX (1), VAXIGRIP TETRA (2), FLUENZ (3).**

Posologia: bambini a partire dai 6 mesi 0,5 ml con iniezione intramuscolare **(1,2)**; bambini e adolescenti di età superiore ai 24 mesi: 0,2 ml (0,1 ml somministrati per ogni narice)**(3)**.
Ai bambini di età inferiore a 9 anni non precedentemente vaccinati contro l'influenza, devono ricevere una seconda dose dopo un intervallo di almeno 4 settimane dalla prima.

Gli effetti collaterali da vaccino antinfluenzale: la vaccinazione non provoca generalmente alcun disturbo. In alcuni casi si possono verificare:

- reazioni locali, come **arrosamento, dolore e gonfiore nella sede di iniezione (1,2) congestione nasale/rinorrea (3)**
- reazioni generali, come **febbre, malessere, dolori muscolari, diminuzione dell'appetito**, **mal di testa, nausea, vertigini, stanchezza, vomito, diarrea, brividi.**
- In casi estremamente rari si possono verificare: reazioni anafilattiche, orticaria, asma, sindrome di Guillan Barrè.

Il vaccino antinfluenzale non deve essere somministrato a:

- 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 o a sostanze utilizzate nel processo produttivo: Sodio Cloruro(1,2), Potassio Cloruro(1,2), Sodio Fosfato Dibasico Diidratato (1,2), Magnesio Cloruro Esaidrato(1), Potassio Fosfato Monobasico(1), Polisorbato 80 (1), beta-propiolattone (1), cetiltrimetilammonio bromuro (1), Acqua per preparazioni iniettabili (1,2,3), ovoalbumina (2), proteine del pollo (2), Neomicina (2), formaldeide (2), 9-ottoxinolo (2), potassio diidrogeno fosfato (2), uova (3), proteine delle uova (3), Gentamicina (3), Saccarosio (3), Fosfato dipotassico (3), Diidrogenofosfato di potassio (3), Gelatina (3), Arginina cloridrato (3), Gluttamato monosodico monoidrato (3).
- Bambini o adolescenti che sono clinicamente immunodeficienti o stanno ricevendo terapie immunosoppressive, sono in contatto stretto con persone che hanno una immunodeficienza grave, affetti da asma severa o con attacco asmatico in corso, assumono salicilati o farmaci antivirali contro l'influenza, ragazza in stato di gravidanza o che sta allattando (3)
- 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..

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, lì _____ /_____ /_____

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.

Presenza di malattie con febbre alta o un'infezione acuta in atto	☐ **SI**	☐ **NO**
L'età del bambino è maggiore dei 6 mesi	☐ **SI**	☐ **NO**
Ha allergie a: Sodio Cloruro(1,2), Potassio Cloruro(1,2), Sodio Fosfato Dibasico Diidratato(1,2), Magnesio Cloruro Esaidrato(1), Potassio Fosfato Monobasico(1), proteine del pollo (2), Neomicina (2), formaldeide (2),9ottoxinolo(2), potassio diidrogeno fosfato (2), Acqua per preparazioni iniettabili(1,2,3),beta-propiolattone (1), cetiltrimetilammonio bromuro (1) e polisorbato 80 (1), ovoalbumina (2), formaldeide (2) , uova (3), proteine delle uova (3), Gentamicina (3), Saccarosio (3), Fosfato dipotassico (3), Diidrogenofosfato di potassio (3), Gelatina (3), Arginina cloridrato (3), Gluttamato monosodico monoidrato (3).	☐ **SI**	☐ **NO**
Avere avuto **una reazione allergica grave (anafilassi)** dopo la somministrazione di una precedente dose di vaccino antinfluenzale	☐ **SI**	☐ **NO**
Ha avuto malattie importanti (neurologiche o con immunodeficienza) (1,2)?	☐ **SI**	☐ **NO**
Negli ultimi tre mesi ha assunto cortisonici ad alte dosi o farmaci antineoplastici (1,2)?	☐ **SI**	☐ **NO**
L'età del bambino/adolescente è compresa tra 24 mesi e 18 anni (3)	☐ **SI**	☐ **NO**
Bambini o adolescenti che sono clinicamente immunodeficienti o stanno ricevendo terapie immunosoppressive, sono in contatto stretto con persone che hanno una immunodeficienza grave, affetti da asma severa o con attacco asmatico in corso, assumono salicilati o farmaci antivirali contro l'influenza, ragazza in stato di gravidanza o che sta allattando (3)	☐ **SI**	☐ **NO**
Altro (specificare) _____	☐ **SI**	☐ **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 20 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.

COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO		
☐ **FLUCELVAX** ☐ **VAXIGRIP** ☐ **FLUENZ**	**BRACCIO** ☐ **DESTRO** ☐ **SINISTRO** **COSCIA** ☐ **DESTRO** ☐ **SINISTRO**	**LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE** _____

Firma di entrambi i genitori **Timbro e firma del Medico**

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