

NOTE INFORMATIVE SULLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE PER L'ASSISTITO**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 prevenirla e di ridurre sensibilmente la gravità del quadro clinico.**

È attualmente in commercio, e disponibile gratuitamente per la campagna di vaccinazione antinfluenzale **2018-19** promossa dall'Istituto per la Sicurezza Sociale, un vaccino il cui nome commerciale è **FLUARIX TETRA** che contiene solo gli elementi superficiali del virus inattivato (a subunità, derivato da uova o prodotto in colture cellulari).

Posologia: adulti 0,5 ml intramuscolo nel braccio, bambini 0,5 ml (a partire dai 6 mesi) nel braccio o nella coscia. Bambini fino all'età di 9 anni non precedentemente vaccinati due dosi a distanza di un mese. Donne in gravidanza: nel secondo/terzo trimestre di gestazione.

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 **arrossamento e gonfiore nella sede di iniezione**
- reazioni generali, come **febbre, malessere, dolori muscolari che scompaiono in 1-2 giorni** (più frequenti nelle persone mai vaccinate in precedenza) **male alla testa, nausea.**

In casi molto rari si possono verificare:

- **reazioni allergiche rappresentate da orticaria e asma** e, nei casi più gravi, da reazione anafilattica. Queste ultime possono comparire in soggetti allergici alle proteine dell'uovo in quanto i vaccini (con l'eccezione del vaccino a subunità derivato da colture cellulari) sono prodotti coltivando il virus in uova embrionate di pollo
- diminuzione transitoria delle piastrine, nevralgie e disturbi neurologici

Il vaccino antinfluenzale non deve essere somministrato a:

- Lattanti al di sotto dei sei mesi (per mancanza di studi clinici controllati che dimostrino l'innocuità del vaccino in tali fasce d'età)
- 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, alle proteine del pollo o ad altri componenti contenuti nel vaccino; antibiotico Gentamicina solfato, Formaldeide, Cetiltrimetilammonio bromuro, Polisolfato 80, Sodio fosfato dibasico dodecaidrato, Cloruro di magnesio esaidrato, Alfa-tocoferolo succinato acido, Ottoxolo 10**. Queste sostanze sono tutte utilizzate nel processo produttivo e residui possono essere presenti nel vaccino.)
- **Una malattia acuta di media o grave entità, con o senza febbre**, costituisce una controindicazione temporanea alla vaccinazione, che va rimandata a guarigione avvenuta
- **Un'anamnesi positiva per sindrome di Guillain Barré**, 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 **FLUARIX TETRA**.

Presenza di malattie con febbre alta o un'infezione acuta in atto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie a: Uova o Proteine del Pollo, Ovoalbumina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie ad altri componenti del vaccino (Gentamicina solfato, Formaldeide, Cetiltrimetilammonio bromuro, Polisorbato 80, Sodio desossicolato, Sodio fosfato dibasico dodecaidrato, Potassio fosfato monobasico, Cloruro di magnesio esaidrato, Alfa-tocoferolo succinato acido, Ottossinolo 10.	<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
Essere in stato di gravidanza Se si indicare in che settimana _____	<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 Febbraio 2008 n. 38

Firma del/la/i Richiedente/i

Timbro e firma del Medico

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