

**MODULO CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE UTENTE**

Cognome e nome del vaccinando, Luogo e data di nascita

In caso di soggetto incapace, / / come Rappresentante Legale (tutore o altro):

Cognome e nome

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di aver ricevuto tramite

-materiale informativo specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
-colloquio con un medico;

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

-sulla modalità di effettuazione della vaccinazione e la via di somministrazione del vaccino;
-sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché delle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
-sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
-sugli eventuali effetti collaterali della vaccinazione e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
-sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni;
-sulla possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti delle malattie per cui si vaccina;
e quindi di **ACCETTARE** la/le seguente/i vaccinazione/i

Antinfluenzale

Antipneumococco

Firma del utente e/o del legale rappresentante e/o familiare

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA. Per la/le vaccinazione/a proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie. Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

Data / /

Timbro e Firma del medico



VACCINAZIONI ANTINFLUENZALE INFORMATIVA PER IL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire la malattia e le sue complicanze.

Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutti i soggetti che desiderano evitare la malattia influenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni.

I vaccini disponibili sono:

- vaccino split/ subunità, contenente virus influenzali frammentati o solo antigeni di superficie;
- vaccino adiuvato con MF 59
- vaccino intradermico, è un vaccino split che sfrutta i meccanismi di potenziamento immunitario che si attivano nel derma (strato superficiale della pelle)

Tutti i vaccini sono efficaci e sicuri. In particolare il vaccino adiuvato trova specifica indicazione per l'immunizzazione dei soggetti anziani in quanto contiene una sostanza (adiuvante) che potenzia la risposta immunitaria. Il vaccino intradermico in uso in ASL Milano è indicato per i soggetti di età ≥ 60 anni.

Controindicazioni e precauzioni

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 reazioni allergiche gravi (anafilassi) ad una precedente somministrazione di vaccino o ad uno dei suoi componenti.
- 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 Barrè insorta entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose di vaccino costituisce una controindicazione alla vaccinazione, mentre una sindrome di Guillain Barrè insorta da più di un anno non correlata a vaccinazione antinfluenzale è motivo di precauzione.

False controindicazioni

- Allergia alle proteine dell'uovo, con manifestazioni non anafilattiche.
- Malattie acute di lieve entità.

Infezione da HIV ed altre immunodeficienze congenite o acquisite: la condizione di immunodepressione non costituisce una controindicazione alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale. La somministrazione del vaccino potrebbe non essere efficace. Una seconda dose di vaccino non migliora la risposta anticorpale in modo sostanziale.

Reazioni indesiderate al vaccino antinfluenzale

I vaccini antinfluenzali contengono solo virus inattivati o parti di questi, pertanto non possono essere responsabili di infezioni da virus influenzali. Gli effetti collaterali comuni dopo somministrazione di vaccino antinfluenzale consistono in reazioni locali, quali dolore, eritema, gonfiore nel sito di iniezione. Le reazioni sistemiche comuni includono malessere generale, febbre, dolori muscolari, con esordio da 6 a 12 ore dalla somministrazione della vaccinazione e della durata di 1 o 2 giorni. Vengono raramente segnalate anche reazioni allergiche, compreso shock anafilattico.

Sono stati riferiti, dopo vaccinazione antinfluenzale, eventi rari quali trombocitopenia, nevralgie, parestesie, disordini neurologici.

Ulteriori informazioni possono essere chieste al medico di fiducia o agli operatori dei centri vaccinali.

Si raccomanda di riferire al proprio medico di fiducia le eventuali reazioni che insorgono dopo la vaccinazione.