

Allegato 2

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
DELLA POPOLAZIONE GENERALE**

**VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
MODULO DI CONSENSO**

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Nome e Cognome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Residenza: | Telefono: |
| Tessera sanitaria: | |

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “_____”

Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.

Sono consapevole che qualora si verificassero qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “_____”.

Data e Luogo _____
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale _____

Rifiuto la somministrazione del vaccino “_____”.

Data e Luogo _____
Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale _____

Professionista Sanitario

1. Nome e Cognome (Farmacista) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

Data _____

**ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO
VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
ELENCO QUESITI**

| Dati personali | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Nome e cognome: | |
| Data di nascita | Luogo di nascita: |
| Residenza: | Telefono: |

| | | | |
|--|----|----|--------|
| Ha già ricevuto la somministrazione di un'analogia tipologia di vaccino? | SI | NO | NON SO |
| Se sì, quale/i? | | | |

| Modulo standard di <i>trriage</i> prevaccinale | | | |
|---|----|----|--------|
| Attualmente è malato? | SI | NO | NON SO |
| Ha febbre? | SI | NO | NON SO |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci, ad altre sostanze o ai componenti del vaccino? | SI | NO | NON SO |
| Se si specificare: | | | |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | SI | NO | NON SO |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione? | SI | NO | NON SO |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | SI | NO | NON SO |
| Negli ultimi sei mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | SI | NO | NON SO |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | SI | NO | NON SO |
| Ha avuto disturbi neurologici, epilessia o convulsioni? | SI | NO | NON SO |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? | SI | NO | NON SO |
| Se sì, quale/i? | | | |
| Per le donne: è in gravidanza o sta pensando di avviare una gravidanza nel mese successivo alla somministrazione? | SI | NO | NON SO |
| Per le donne: sta allattando? | SI | NO | NON SO |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | SI | NO | NON SO |

PER SOMMINISTRAZIONE VACCINO ANTINFLUENZALE ETA' 18/59 ANNI COMPRESI

Appartengo alla categoria indicata al n°..... di cui alla tabella allegata, contenente l'elenco delle categorie per le quali la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata ed offerta gratuitamente

PER SOMMINISTRAZIONE VACCINO ANTINFLUENZALE ETA' 60/64 ANNI COMPRESI:

appartengo alla categoria indicata al n° ... (tra la n°100 e la n°110) di cui alla tabella allegata non appartengo a nessuna delle categorie indicate tra la 100 e la 110 di cui alla tabella allegata

Firma (per esteso leggibile)

Data

Le Note Informative relative ai vaccini somministrati, costantemente aggiornate dal Ministero della Salute – AIFA, sono disponibili presso la Farmacia in cui si effettua la vaccinazione.

| categorie FLU | |
|--|--|
| 100 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e BPCO) |
| 101 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite |
| 102 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30 e gravi patologie concomitanti) |
| 103 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con malattie renali e con insufficienza renale |
| 104 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie |
| 105 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con tumori |
| 106 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con malattie congenite o acquisite che comportino carenza produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV |
| 107 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali |
| 108 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici |
| 109 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari) |
| 110 | Soggetti di eta' compresa fra 6 mesi e 65 anni con epatopatie croniche |
| 113 | Donne in gravidanza e/o postpartum |
| 115 | Medici e personale sanitario |
| 116 | Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio |
| 117 | Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori (operatori scolastici, Forze Armate e dell'Ordine, Vigili del Fuoco, personale penitenziario) |
| 118 | Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali |
| 119 | Over 65 e fascia 60/64 senza patologie tra 100 e 111 |
| 120 | Donatori di sangue |
| NB: SI RICORDA CHE IN OGNI CASO NON SONO VACCINABILI IN FARMACIA I SOGGETTI DI ETA' INFERIORE A 18 ANNI | |