

# Prima della vaccinazione: l'anamnesi e il consenso informato

<b>CAMPAGNA DI VACCINAZIONE CONTRO L'INFLUENZA A/H1N1v</b>	
<b>SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE</b>	
Da compilare prima della vaccinazione	
ASL/AO/IRCCS .....	Regione .....
Informazioni sull'assistito	
Cognome e Nome .....	
Nato il ..... / ..... / .....	a ..... Prov .....
Codice Fiscale o Residenza .....	
Vaccinazioni alle quali intende sottoporsi:	
<input type="checkbox"/> A/H1N1v .....	
<input type="checkbox"/> Vaccinazione per influenza stagionale .....	
<input type="checkbox"/> Altro .....	
Il/la vaccinando/a o suo tutore riferisce di essere a conoscenza di	
• Essere in stato di gravidanza	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare la settimana di gestazione .....	Se ci si trova nel I trimestre (Vedere nota 1)
• Avere malattie febbrili o infettive acute in atto	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> (Vedere nota 2)
• Avere altre malattie non infettive	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare) .....	
• Avere avuto reazioni o eventi avversi a seguito di vaccinazioni	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> (Vedere nota 3)
Se sì, quale reazione .....	a quale vaccino .....
• Aver effettuato trasfusioni e/o somministrazione di immunoglobuline negli ultimi 3 mesi	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> (Vedere nota 3)
• Aver avuto allergie ai componenti del vaccino: tiomersal – mercuriali, proteine dell'uovo	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> (Vedere nota 3)
Se sì, quali e quale reazione .....	
Data ..... / ..... / .....	Firma leggibile del vaccinando o suo tutore
VISTO: l'Operatore Sanitario .....	.....
1. Situazione per la quale è consigliato rimandare la vaccinazione fino al superamento del I trimestre di gravidanza. 2. Situazione per la quale è consigliato rimandare la vaccinazione fino a risoluzione clinica 3. Situazione per la quale è consigliato contattare il medico curante prima dell'esecuzione della vaccinazione	
In caso di reazioni avverse compilare la scheda di sospetta reazione avversa a vaccino pandemico secondo le modalità indicate sul sito web <a href="http://www.agenziafarmaco.it/allegati/scheda_vaccini.pdf">www.agenziafarmaco.it/allegati/scheda_vaccini.pdf</a>	

Fonte: [www.agenziafarmaco.it/allegati/modulo\\_prevaccino\\_151009.pdf](http://www.agenziafarmaco.it/allegati/modulo_prevaccino_151009.pdf)

## MODULO INFORMATIVO E DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE CONTRO L'INFLUENZA DA VIRUS A/H1N1v 2009

Lei ovvero Suo/a figlio/a o la persona che Lei legalmente rappresenta sta per essere sottoposto/a alla vaccinazione contro l'influenza pandemica da virus A/H1N1v.

Una pandemia si verifica quando un nuovo virus influenzale circola in tutto il mondo e si diffonde facilmente da persona a persona perché non si è immunizzati (protetti) contro di esso.

Le manifestazioni dell'influenza pandemica in corso sono simili a quelle della comune influenza ma, talvolta, possono essere particolarmente gravi.

Al fine di contrastare la diffusione del virus, l'Autorità sanitaria nazionale offre la vaccinazione, in via prioritaria, a quelle categorie di persone per le quali è atteso il massimo beneficio, non solo come singoli, ma anche in termini di ricaduta sulla collettività.

Il vaccino FOCETRIA "stimola" le difese naturali dell'organismo, rendendole pronte nel caso di esposizione al virus pandemico. Quando una persona viene vaccinata, riceve, con una iniezione, alcune proteine del virus che non possono causare l'influenza, ma sono in grado di promuovere la formazione di anticorpi.

Oltre alle proteine del virus, il vaccino contiene un "adiuvante", cioè un composto in grado di favorire una risposta più efficace.

La confezione multidose contiene una quantità di vaccino utile per 10 trattamenti. Per evitare contaminazioni e garantire che la qualità del vaccino resti inalterata tra una vaccinazione e quella successiva, è stato aggiunto un conservante contenente mercurio, da tempo utilizzato in molte preparazioni farmaceutiche.

Io sottoscritto/a .....

### dichiaro:

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:
- informazioni contenute nell'allegato foglio illustrativo del vaccino FOCETRIA;
  - benefici e potenziali rischi della vaccinazione contro il virus A/H1N1;
  - necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 30 minuti, dopo la vaccinazione;
  - necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante.

Pertanto, esprimo **Consenso**  **Dissenso**   
all'esecuzione della vaccinazione sopra indicata

*Firma leggibile dell'interessato/a o del rappresentante legale  
del/la minore o della persona incapace*

.....

*Firma dell'operatore sanitario*

.....

*Data* ..... / ..... / .....