

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE – STAGIONE 2024-2025

SCHEDA ANAMNESTICA PRE-VACCINALE E CONSENSO

<input type="radio"/> INFLUVAC S TETRA	<input type="radio"/> FLUAD TETRA (se >50 anni)
--	---

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Telefono	Mansione
C.F.	

CATEGORIA DI RISCHIO:

<input type="radio"/> 6 – Medici e personale di assistenza	<input type="radio"/> 8 – Addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo, Amministrativi, Dirigenti non Medici, Tecnici della Prevenzione
--	--

ANAMNESI PERSONALE E PATOLOGICA	SI	NO
Malattie febbrili o malattie acute in atto		
Immunodepressione primitiva o secondaria		
Malattie croniche (comprese malattie della coagulazione)		
Terapie in atto:		
Gravidanza		
Altro:		
ANAMNESI VACCINALE	SI	NO
Allergie note a residui o eccipienti del vaccino		
Allergie alle uova, proteine del pollo		
Altre allergie note		
Ipersensibilità o reazioni avverse a vaccini precedentemente somministrati		
Vaccinazioni effettuate nell'ultimo mese		
Precedenti vaccinazioni antinfluenzali (anno)		

Data _____

Il lavoratore _____

CONSENSO DEL LAVORATORE

La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata e offerta in maniera attiva e gratuita a tutti i professionisti e agli operatori impegnati nelle attività e nei percorsi sanitari, indipendentemente da ruolo (sanitari, tecnici, amministrativi), da qualifica e inquadramento lavorativo (dipendenti, convenzionati, liberi professionisti, volontari).

Possibili effetti indesiderati

Molto gravi: reazione anafilattica, manifestata con difficoltà a respirare, capogiro, polso debole e rapido, eruzione cutanea.

Gravi: gonfiore esteso dell'arto in cui è stata eseguita l'iniezione.

Lievi: dolore in sede di iniezione, lividi, arrossamento e indurimento o gonfiore nel sito d'iniezione, mal di testa, dolore muscolare, stanchezza, mancanza d'appetito, lividi nel sito d'iniezione, nausea, vomito, diarrea, dolori articolari, brividi, febbre (> 38°C), sensazione di intorpidimento e formicolio, reazioni generalizzate della pelle, come prurito, gonfiori sulla pelle o eruzione cutanea non specifica.

DICHIARO:

- . Di aver qui fornito informazioni vere, corrette e dettagliate;
- . Di essere stato informato/a rispetto ai benefici e ai possibili rischi della vaccinazione;
- . Di aver avuto risposta alle richieste di chiarimenti;
- . Di essere stato informato/a della possibilità, anche se molto rara, di reazioni allergiche e pertanto della necessità di aspettare 15 minuti prima di allontanarmi dall'ambulatorio, dopo la vaccinazione

Il/la sottoscritto/a informato/a sia sulle indicazioni che sulle eventuali reazioni indesiderate conseguenti all'inoculazione del vaccino antinfluenzale, **ESPRIMO IL CONSENSO** alla esecuzione della vaccinazione sopra indicata.

Data _____

Il lavoratore _____

Sito di inoculo: BRACCIO DX BRACCIO SX

Data e ora somministrazione:

Firma dell'Operatore Sanitario _____

Lotto e scadenza