

## CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE – STAGIONE 2024-2025

### SCHEDA ANAMNESTICA PRE-VACCINALE E CONSENSO

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Telefono	

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		
Altre allergie note		
Ipersensibilità o reazioni avverse a vaccini precedentemente somministrati		
Vaccinazioni effettuate nell'ultimo mese		
Precedenti vaccinazioni antinfluenzali (anno)		

Data \_\_\_\_\_

Il lavoratore \_\_\_\_\_

**MI ALLONTANO PRIMA DEL TEMPO PREVISTO E RIENTRO IN SERVIZIO IN OSPEDALE**

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)

### 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:**
  - Molto comune (più di 1 persona su 10): 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.
  - Comune (1 persona su 10): nausea, vomito, diarrea, dolori articolari, brividi, febbre (> 38°C).
  - Frequenza non nota: 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/a informato/a rispetto ai benefici e ai possibili rischi della vaccinazione;
- Di aver avuto risposta alle richieste di chiarimenti;
- Di essere stato/a informato/a della possibilità, anche se molto rara, di reazioni allergiche e pertanto della necessità di aspettare 30 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 SN

Lotto e scadenza

Data e ora di somministrazione: \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_