

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

- 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/dei vaccino/i: **ZOSTAVAX/SHINGRIX**
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i 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, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia
- Sono consapevole che qualora si verificasse 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** **30 minuti** **60 minuti** dalla somministrazione del/dei vaccino/i per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENSO E AUTORIZZO la somministrazione di ZOSTAVAX	RIFIUTO la somministrazione di ZOSTAVAX
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale
Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6) <input type="checkbox"/> paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione.	
Data e luogo:	Firma del familiare:

OPPURE:

ACCONSENSO E AUTORIZZO la somministrazione di SHINGRIX	RIFIUTO la somministrazione di SHINGRIX
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale
Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6) Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione.	
Data e luogo:	Firma del familiare:

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo (MEDICO)	2. Nome cognome e ruolo
.....
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con..... dopo essere stato adeguatamente informato.	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con..... dopo essere stato adeguatamente informato
Firma	Firma

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio del vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
	Braccio destro	Braccio sinistro					
ZOSTAVAX	Braccio destro	Braccio sinistro					
1° dose SHINGRIX	Braccio destro	Braccio sinistro					
2° dose SHINGRIX	Braccio destro	Braccio sinistro					

VACCINAZIONE ANTI HERPES ZOSTER - TRIAGE PREVACCINALE

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Nome e cognome:		Telefono:		
Data e luogo di nascita:		
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?				
Ha febbre?				
Presenta una delle seguenti condizioni: Linfomi – Leucemia (Acuta o Cronica) Altre Patologie del Midollo Osseo o del Sistema Linfatico, Immunodepressione, Infezione Da HIV/AIDS – Trapianti di Midollo Osseo o di Organo Solido, Deficienze Immunitarie Cellulari (se sì, quale):				
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
Ha allergie manifestate con: <input type="checkbox"/> shock anafilattico <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> edema della glottide <input type="checkbox"/> orticaria generalizzata entro 4h <input type="checkbox"/> dopo esposizione a sostanze note non contenute nel vaccino o a sostanze non note [OSSERVAZIONE DI 60 MIN.] <input type="checkbox"/> dopo somministrazione di un altro vaccino [INVIO IN AMBIENTE PROTETTO] <input type="checkbox"/> a sostanze note contenute nel vaccino (es: NEOMICINA e GELATINA) <input type="checkbox"/> altro				
Soffre di asma persistente grave (non controllato dalla terapia o in trattamento con alte dosi di corticosteroidi) [INVIO IN AMBIENTE PROTETTO]				
Sta assumendo o ha assunto di recente farmaci che immunodeprimono come corticosteroidi ad alto dosaggio o antineoplastici / immunosoppressori / farmaci biologici (-IMAB)/trp radiante/immunoglobuline				
Ha effettuato vaccinazioni con vaccini a virus vivo (FEBBRE GIALLA, MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA, VARICELLA) nell'ultimo mese [se si rimandare a data successiva rispettando l'intervallo minimo di 14 gg]				
Ha avuto convulsioni o malattie neurologiche (tipo Sdr. Guillain-Barrè)?				
Soffre di altre patologie per le quali è indicato il vaccino glicoproteico adiuvato? [diabete mellito (trattato con insulina o almeno 2 ipoglicemizzanti o diabete con complicanze) - cardiopatie croniche con scompenso cardiaco in classe avanzata – NYHA III-IV, post shock cardiogeno, portatori di dispositivi medici cardiaci impiantati attivi – BPCO – asma - fibrosi polmonare idiopatica - soggetti in ossigenoterapia - candidati a terapia immunosoppressiva - malattie reumatologiche in attesa o in corso di tp immunosoppressiva - patologie oncematologiche – dialisi – HIV - attesa di trapianto di organo solido e trapiantati di organo solido - trapiantati con cellule staminali emopoietiche]				
Sta assumendo farmaci? Quali?				
PER LE DONNE:		SI'	NO	Non so
è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
sta allattando?				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:				
Data e luogo		Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		

Vaccinazione anti Herpes Zoster

Nota informativa

AGGIORNAMENTO AL 03/03/2022

COSA È LA VACCINAZIONE E A COSA SERVE

La vaccinazione è la pratica medica con la quale si inietta un prodotto (vaccino) costituito da microrganismi inattivati o parti di essi o da sostanze prodotte da questi (tossine) inattivate. E' tra gli interventi preventivi più efficaci a disposizione della sanità pubblica, grazie alle quali è possibile prevenire in modo efficace e sicuro malattie gravi o che possono causare importanti complicanze, sequele invalidanti e morte. Il vaccinato ha meno probabilità di ammalarsi o di sviluppare complicanze.

La vaccinazione anti Herpes Zoster è fortemente raccomandata per la prevenzione del virus Herpes Zoster (cd. Fuoco di sant'Antonio), provocato dalla riattivazione del virus della varicella che, dopo la malattia, non viene eliminato ma rimane latente nel nostro sistema nervoso e può riattivarsi e manifestarsi in un qualsiasi momento, soprattutto negli anziani e in chi ha il sistema immunitario debilitato.

Le manifestazioni cutanee dell'Herpes Zoster prevedono la comparsa di vescicole localizzate molto dolorose.

La complicanza più comune è rappresentata dalla nevralgia post-erpetica: una sindrome dolorosa cronica che può durare mesi o, addirittura, anni dopo la guarigione delle lesioni cutanee.

La vaccinazione riduce il rischio di sviluppare l'Herpes Zoster e protegge dalla nevralgia post-erpetica.

I vaccini anti-Herpes zoster attualmente in uso sono due:

- un vaccino a virus vivo attenuato (ZOSTAVAX), offerto gratuitamente ai 65enni;
- un vaccino glicoproteico adiuvato (SHINGRIX), offerto gratuitamente soltanto a persone che hanno specifiche patologie (ad esempio persone che hanno effettuato un trapianto di midollo osseo, a persone HIV positive, persone che hanno un tumore oncematologici, pazienti in dialisi ecc...)

Il vaccino a virus vivo attenuato contiene i seguenti eccipienti: saccarosio, gelatina idrolizzata, sodio cloruro, potassio diidrogeno fosfato, potassio cloruro, monosodio L-glutammato monoidrato, disodio fosfato, sodio idrossido, urea.

Il vaccino glicoproteico adiuvato è costituito da antigene Glicoproteina E del virus varicella zoster prodotto con tecnologia del DNA ricombinante, ed i seguenti eccipienti: saccarosio, polisorbato 80, sodio fosfato monobasico diidrato, idrogenofosfato di potassio, dioleoile fosfatidilcolina, colesterolo, cloruro di sodio, sodio fosfato dibasico anidro, potassio fosfato monobasico.

MODALITA' E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE

Il vaccino a virus vivo attenuato prevede la somministrazione di una sola dose per via sottocutanea.

Il vaccino glicoproteico adiuvato prevede due dosi per via intramuscolare da somministrare a distanza di 2-6 mesi.

QUALI SONO GLI EVENTI INDESIDERATI DELLA VACCINAZIONE (RISCHI)

Come tutti i farmaci anche i vaccini possono causare effetti indesiderati che, nella maggior parte dei casi, sono di lieve entità e transitori, e consistono principalmente in reazioni infiammatorie nel sito di inoculo (dolore, prurito, gonfiore) e a volte cefalea, stanchezza, dolori muscolo-articolari, febbre entro 24-48h dalla somministrazione

Per il vaccino ZOSTAVAX è possibile, sebbene molto raro, la comparsa di un rash varicelliforme. Eventi avversi più seri (come reazioni allergiche gravi, sindromi neurologiche) si manifestano talmente raramente (1 caso ogni migliaia o milioni di dosi somministrate) che è difficile valutare la dimensione del rischio e provare l'esistenza di un effettivo rapporto di causalità con queste.

Ogni vaccino può avere eventi indesiderati specifici che verranno approfonditi dall'operatore sanitario durante la seduta vaccinale. Sarà possibile inoltre richiedere scheda informativa.

CONTROINDICAZIONI

Il vaccino è controindicato in caso di:

- gravi reazioni a precedenti somministrazioni dello stesso vaccino;
- gravi reazioni allergiche a uno degli eccipienti o a uno dei residui produttivi;
- malattie acute febbrili in atto (controindicazione temporanea).

Il vaccino a virus vivo è controindicato anche in caso di stati di immunodeficienza primaria o acquisita comprese le neoplasie del sangue e terapia immunosoppressiva (inclusi corticosteroidi ad alto dosaggio), gravidanza.

L'ATTO VACCINALE

La prestazione prevede:

- 1) la valutazione dell'anamnesi compilata dall'utente, per l'eventuale valutazione di stati patologici o di terapie in atto che possono controindicare o far rimandare la vaccinazione
- 2) l'acquisizione del consenso informato
- 3) la somministrazione del vaccino con iniezione solitamente effettuata sul braccio
- 4) rilascio del certificato vaccinale aggiornato (disponibile anche nel proprio Fascicolo Sanitario Elettronico)
- 5) attesa di 15 minuti dopo la vaccinazione, presso la sala d'attesa

AVVERTENZE PER IL GIORNO DELLA VACCINAZIONE

Il giorno della vaccinazione anti Herpes Zoster è necessario portare con sé, se disponibile, il cartellino/certificato delle vaccinazioni.

E' importante segnalare eventuali allergie, stato di gravidanza, e in presenza di patologie, presentarsi con documentazione clinica ed elenco dei farmaci eventualmente assunti

Ulteriori informazioni sono reperibili alla pagina web dedicata www.ausl.mo.it/dsp/sip