

## **LA PRESTAZIONE**

Questa prenotazione PREVEDE ESCLUSIVAMENTE LA VALUTAZIONE E L'ESECUZIONE DELLA SOLA VACCINAZIONE ANTI-HERPES ZOSTER. Per altre vaccinazioni deve essere prenotata la seguente prestazione: VACCINAZIONE GENERICA: CONSULENZA E/O VACCINAZIONE.

## **COSA È LA VACCINAZIONE E A COSA SERVE**

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. Le vaccinazioni sono 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 anti-Herpes zoster (Fuoco di Sant'Antonio) è gratuita per maschi e femmine nati dal 01/01/1952 al 31/12/1959 non vaccinati in precedenza. La vaccinazione è gratuita anche per alcune condizioni patologiche, come definito dal DGR 2138/2023 della Regione Emilia-Romagna.

Il vaccino anti-Herpes zoster attualmente in uso è il vaccino glicoproteico adiuvato (SHINGRIX). Il vaccino 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, Dioloile fosfatidilcolina, Colesterolo, Cloruro di sodio, Sodio fosfato dibasico anidro, Potassio fosfato monobasico.

## **MODALITÀ E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE**

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

## **QUALI SONO GLI EVENTI INDESIDERATI DELLA VACCINAZIONE (RISCHI)**

Come tutti i farmaci, anche i vaccini anti-Herpes Zoster possono causare effetti indesiderati, ma questi sono nella maggior parte dei casi 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, sintomi gastrointestinali o febbre entro 24-48h. Eventi avversi più seri (come reazioni allergiche gravi, sindromi neurologiche ecc), si manifestano talmente raramente 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 anti-Herpes zoster 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;
- gravidanza in atto.

Eventuali precauzioni saranno valutate dall'operatore sanitario durante la seduta vaccinale anche in caso di:

- malattie acute gravi o moderate, con o senza febbre;
- orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose;
- sindrome di Guillain-Barré avvenuta dopo aver ricevuto una pregressa dose di Shingrix.

## **L'ATTO VACCINALE**

La prestazione prevede:

- 1) la valutazione dell'anamnesi debitamente 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) Aggiornamento del certificato vaccinale (scaricabile anche da Fascicolo Sanitario Elettronico)
- 5) attesa di 15 minuti dopo la vaccinazione, presso la sala d'aspetto dell'ambulatorio, in caso di gravi forme allergiche il personale medico potrebbe prolungare il tempo di osservazione post-vaccinale o posticipare le vaccinazioni in altra data e in ambiente protetto.

**SI RICORDA INFINE...**

- di portare con sé, se disponibile, il cartellino/certificato delle vaccinazioni;
- di segnalare eventuali allergie, stato di gravidanza, e in presenza di patologie, presentandosi con la documentazione clinica specialistica e l'elenco dei farmaci eventualmente assunti (in caso di farmaci che lo richiedano si chiede di portare con sé il piano terapeutico rilasciato dal proprio Medico di Medicina Generale o dallo specialista);
- che, in occasione della valutazione anamnestica, il medico vaccinatore potrebbe suggerire e proporre la somministrazione di ulteriori vaccinazioni;
- che questa prenotazione tramite CUP NON È VALIDA per:
  - consulenza viaggiatori internazionali e/o effettuazione vaccinazione contro febbre gialla per le valie deve essere prenotata la seguente prestazione: VACCINAZIONI VIAGGI INTERNAZIONALI: CONSULENZA E/O SOMMINISTRAZIONE
  - consulenza e valutazione di per altre vaccinazioni per le valie deve essere prenotata la seguente prestazione: VACCINAZIONE GENERICA: CONSULENZA E/O VACCINAZIONE

ulteriori informazioni sono reperibili nel sito [www.ausl.mo.it/dsp/sip](http://www.ausl.mo.it/dsp/sip)

VACCINAZIONE ANTI-HERPES ZOSTER  
MODULO DI CONSENSO – AGG.09/02/2024

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: **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 del vaccino SHINGRIX	RIFIUTO la somministrazione del vaccino 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 .....
<b>Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)</b> 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 .....

Da compilare solo su indicazione del medico vaccinatore:

ACCONSENSO E AUTORIZZO la co-somministrazione di .....	RIFIUTO la co-somministrazione di .....
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 .....
<b>Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)</b> 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
Timbro e/o firma .....	Timbro e/o 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 della Persona Vaccinanda 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					
1° dose SHINGRIX	Braccio destro	Braccio sinistro					
2° dose SHINGRIX	Braccio destro	Braccio sinistro					
Altro vaccino	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 <b>[OSSERVAZIONE DI 60 MIN.]</b> <input type="checkbox"/> dopo somministrazione di un altro vaccino <b>[INVIO IN AMBIENTE PROTETTO]</b> <input type="checkbox"/> a sostanze note contenute nel vaccino <input type="checkbox"/> altro				
Soffre di asma persistente grave (non controllato dalla terapia o in trattamento con alte dosi di corticosteroidi) <b>[INVIO IN AMBIENTE PROTETTO]</b>				
Sta assumendo o ha assunto di recente farmaci che immunodeprimono come corticosteroidi ad alto dosaggio o antineoplastici / immunosoppressori / farmaci biologici (-IMAB)/terapia radiante/immunoglobuline				
Ha effettuato altre vaccinazioni nell'ultimo mese				
Ha avuto convulsioni o malattie neurologiche (tipo Sdr. Guillain-Barrè)?				
Soffre di altre patologie per le quali è indicato il vaccino glicoproteico adiuvato? [cardiopatie croniche (esclusa l'ipertensione isolata) – diabete mellito – patologie polmonari croniche (comprese le BPCO) – soggetti in attesa di terapia immunosoppressiva – trattamento dialitico – soggetti in attesa o trapiantati di organo solido – trapianto di cellule staminali emopoietiche (midollo osseo) – patologie oncologiche e oncoematologiche – positività al virus dell'immunodeficienza umana acquisitiva (HIV)]				
Ha avuto episodi complicati o recidivanti di Herpes Zoster? [Si intendono con episodi complicati: nevralgia post herpetica – encefalite – herpes zoster oftalmico – herpes zoster auricolare; si intendono con episodi recidivanti: almeno due episodi certificati dallo specialista o dal medico curante convenzionato]				
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		