

SCHEDA ANAMENSTICA ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN FARMACIA CONVENZIONATA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione (in sede di prima e di seconda somministrazione, qualora prevista)

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della TABELLA il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Sì o Non so, dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------|------------|-----------|---------------|
| Nome e Cognome | | Data e luogo di nascita | | | |
| Codice fiscale o tessera sanitaria | | Telefono | | | |
| QUESITI | | | SI' | NO | Non so |
| Attualmente è malato? | | | | | |
| Ha febbre? | | | | | |
| Soffre di qualche forma allergica a lei nota (allergia al lattice, a qualche cibo, a farmaci / vaccini, sostanze chimiche ecc.)? Se sì specificare: | | | | | |
| Ha mai avuto una reazione <i>grave</i> dopo aver ricevuto un vaccino? | | | | | |
| Soffre di malattie cardiache, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad es. asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi? | | | | | |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni) | | | | | |
| Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | | | | | |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | | | | | |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | | | | | |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | | | | | |
| A seguito di precedenti vaccinazioni si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche? | | | | | |
| Altro: | | | | | |
| E' in gravidanza o sta allattando? | | | | | |

Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?

| | | | | |
|---------------------|--|-----------------------------|--|--|
| Data e luogo | | Firma del vaccinando | | |
|---------------------|--|-----------------------------|--|--|

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN FARMACIA CONVENZIONATA

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| Nome e Cognome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Residenza: | Telefono: |
| Tesserata sanitaria/Codice fiscale: | |

Ho riferito al Farmacista l'assenza delle condizioni di idoneità alla vaccinazione in farmacia e ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino ottenendo risposte esaurienti e da me comprese

Mi sono stati consegnati la Nota Informativa relativa al trattamento dei dati personali e foglietto illustrativo relativo al vaccino antinfluenzale.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino ottenendo risposte esaurienti con parole chiare da me adeguatamente comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare e ho compreso i benefici e i rischi della vaccinazione nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.

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 dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate.

| ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino | RIFIUTO la somministrazione del vaccino |
|---|--|
| Data e luogo: | Data e luogo: |
| Firma della persona che riceve il vaccino o suo rappresentante legale | Firma della persona che rifiuta il vaccino o suo rappresentante legale |
| | |

Professionista sanitario dell'equipe vaccinale

| | |
|---|---|
| 1. Nome Cognome (farmacista) | 2. Nome Cognome (ruolo _____) |
| Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma: | Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato Firma: |

La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile, ma non indispensabile in contesto di criticità logistico-organizzativa.

Dettagli operativi della vaccinazione

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