

NOTE INFORMATIVE E CONSENSO INFORMATO SULLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE PER L'ASSISTITO CAMPAGNA 2025-2026

Dopo la vaccinazione è necessario attendere 20 minuti

Cos'è l'influenza: l'influenza è una malattia infettiva causata da un virus. Si trasmette per via respiratoria e si ripete, sotto forma di epidemia, ogni anno, nella stagione autunnale e invernale.

Rispetto ad altre infezioni respiratorie virali, come il comune raffreddore, l'infezione influenzale può provocare una malattia seria e indurre complicazioni soprattutto in persone particolarmente vulnerabili, come gli anziani o persone di qualunque età affette da patologie croniche e in gravidanza.

Come prevenire l'influenza: la vaccinazione è, al momento, lo strumento di prevenzione della malattia influenzale più semplice ed efficace e ogni anno viene prodotto un nuovo vaccino, in grado di difendere l'organismo da un virus che, di anno in anno, può modificare le proprie caratteristiche.

L'efficacia del vaccino, valutata da numerose ricerche su diversi gruppi di persone, è stata ripetutamente dimostrata. In alcuni casi può non evitare del tutto la malattia **ma è generalmente in grado di prevenirne le complicanze riducendo sensibilmente la gravità del quadro clinico.**

Sono attualmente in commercio e disponibili gratuitamente per la campagna di vaccinazione antinfluenzale **2025-2026**, promossa dall'Istituto per la Sicurezza Sociale, 2 vaccini i cui nomi commerciali sono **FLUCELVAX (1) e FLUAD (2)**

Posologia:

Adulti: 0,5 ml, intramuscolo nel deltoide **(1,2)**,

Bambini: 0,5 ml, a partire dai 6 mesi, con iniezione intramuscolare. I bambini di età inferiore a 9 anni non precedentemente vaccinati contro l'influenza, devono ricevere due dosi a distanza di almeno un mese **(1)** – Rivolgersi alla UOC Pediatria

Donne in gravidanza: 0,5 ml, intramuscolo nel deltoide, nel secondo/terzo trimestre di gestazione **(1)**

Effetti collaterali da vaccino antinfluenzale: la vaccinazione non provoca generalmente alcun disturbo.

In alcuni casi si possono verificare:

- reazioni locali: **arrossamento, dolore e gonfiore nella sede di iniezione**
- reazioni generali: **febbre, malessere, dolori muscolari, mal di testa, nausea, vertigini, stanchezza, vomito, diarrea, brividi** (scompaiono in 1-2 giorni e sono più frequenti nelle persone mai vaccinate in precedenza).

In casi estremamente rari si possono verificare:

- **reazioni allergiche rappresentate da orticaria e asma,**
- **reazione anafilattica**
- **diminuzione transitoria delle piastrine, linfadenopatia, nevralgie e disturbi neurologici.**

Il vaccino antinfluenzale non deve essere somministrato a:

- soggetti che abbiano manifestato una **reazione allergica grave (anafilassi)** dopo la somministrazione di una **precedente dose di vaccino antinfluenzale** o una reazione allergica grave (anafilassi) a un **componente del vaccino** o a **sostanze utilizzate nel processo produttivo: Sodio Cloruro(1,2), Potassio Cloruro(1,2), Sodio Fosfato Dibasico Diidratato(1,2), Magnesio Cloruro Esaidrato(1,2), Potassio Fosfato Monobasico(1,2), Calcio Cloruro Diidrato(2), Squalene(2), Sorbitantriolo(2), Polisorbato 80(2), Sodio Citrato(2), Acido Citrico(2), Acqua per preparazioni iniettabili(1,2).**

Possibili residui in tracce:

(1) beta-propiolattone, cetiltrimetilammonio bromuro e polisorbato 80.

(2) ovoalbumina, kanamicina e neomicina solfato, formaldeide, cetiltrimetilammonio bromuro (CTAB) e idrocortisone.

Una malattia acuta di media o grave entità, con febbre, costituisce una controindicazione temporanea alla vaccinazione, che va rimandata a guarigione avvenuta.

Un'anamnesi positiva per sindrome di Guillain Barré, insorta entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose di vaccino antinfluenzale, costituisce controindicazione alla vaccinazione.

Nel caso di comparsa di effetti secondari è opportuno consultare il medico di famiglia o il medico del Servizio che ha effettuato la vaccinazione.

ANAMNESI PREVACCINALE E CONSENSO INFORMATO PER LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

San Marino, li ____ / ____ / ____

Il sottoscritto /a _____ Cod. ISS _____

☐ in nome proprio ☐ in nome del/la MINORE (art. 4 ultimo comma Legge n. 69/95)

in qualità di ☐ Madre ☐ Padre ☐ Delegato dai genitori* ☐ Tutore legale ☐ Familiare (art. 80 Legge n. 49/1996)

del/la Minore _____

della Persona _____ (priva in tutto o in parte di autonomia decisionale)

nato/a a il ____ / ____ / ____ Cod. ISS _____

* DELEGA SCRITTA N.B. va allegata la documentazione che indica i poteri del/i legale/i rappresentante/i

Fornisce le necessarie informazioni relative al suo stato di salute, al fine della valutazione, da parte del medico, di eventuali controindicazioni alla vaccinazione antinfluenzale.

Presenza di malattie con febbre alta o un'infezione acuta in atto	☐ SI	☐ NO
Ha avuto malattie importanti (neurologiche o con immunodeficienza)?	☐ SI	☐ NO
Negli ultimi tre mesi ha assunto cortisonici ad alte dosi o farmaci antineoplastici?	☐ SI	☐ NO
Ha allergie a: Sodio Cloruro(1,2), Potassio Cloruro(1,2), Sodio Fosfato Dibasico Diidratato(1,2), Magnesio Cloruro Esaidrato(1,2), Potassio Fosfato Monobasico(1,2), Calcio Cloruro Diidratato(2), Squalene(2), Sorbitantriolo(2), Polisorbato 80(2), Sodio Citrato(2), Acido Citrico(2), Acqua per preparazioni iniettabili(1,2) Possibili residui in tracce: (1) beta-propiolattone, cetiltrimetilammonio bromuro e polisorbato 80. (2) ovoalbumina, kanamicina e neomicina solfato, formaldeide, cetiltrimetilammonio bromuro (CTAB) e idrocortisone.	☐ SI	☐ NO
Reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose di vaccino antinfluenzale	☐ SI	☐ NO
Essere in stato di gravidanza (se si indicare la settimana _____), o sta allattando	☐ SI	☐ NO
Altro (specificare _____)	☐ SI	☐ NO

DICHIARA/DICHIARANO sotto la propria responsabilità

Di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

- ☐ **Scheda informativa** sulla vaccinazione antinfluenzale per l'assistito
- ☐ Di essere stato/a/i adeguatamente informato/a/i e di aver compreso le modalità di somministrazione, le indicazioni, i vantaggi e i benefici conseguenti alla vaccinazione, il grado di efficacia, le controindicazioni e gli eventuali effetti collaterali della vaccinazione antinfluenzale e la probabilità del loro verificarsi, le possibili complicanze e la loro incidenza in relazione alla esperienza della pratica vaccinale nella R.S.M. e descritta in letteratura, nonché sui rischi della mancata vaccinazione e sulle possibili conseguenze del non trattamento ai sensi dell'articolo 2 della Legge 23 Maggio 1995 n.69.
- ☐ Di essere a conoscenza della non obbligatorietà della vaccinazione influenzale
- ☐ Prende atto che è raccomandabile non allontanarsi dall'ambulatorio per 20 minuti dall'avvenuta vaccinazione

Pertanto consapevolmente mi determino ad ☐ **AUTORIZZARE** ☐ **NON AUTORIZZARE**

La somministrazione del vaccino antinfluenzale raccomandato-facoltativo ai sensi dell'articolo unico del DECRETO DELEGATO 26 Maggio 2023 n.86.

COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO

FLUCELVAX ☐	BRACCIO DESTRO ☐	LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE _____ _____
FLUAD ☐	BRACCIO SINISTRO ☐	

Firma del/la/i Richiedente/i

Timbro e firma del Medico

Il presente modulo, opportunamente compilato va trattenuto e conservato agli atti.