

Vaccinazione antinfluenzale (FLUAD – antigene di superficie, inattivato, adiuvato)

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE - MODULO DI CONSENSO

DATA _____

CATEGORIA DI RISCHIO

1a) soggetti di età pari o superiore a 65 anni con una o più patologie croniche

(N.B. segnare anche la sotto categoria, in quanto informazione da riportare in GIV)

- a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopulmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO)
- b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite
- c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (compresi gli obesi con BMI >30)
- d) insufficienza renale/surrenale cronica
- e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie
- f) tumori
- g) malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV
- h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale
- i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
- j) patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (es. malattie neuromuscolari, neuropsichiatriche, handicap grave,..)
- k) epatopatie croniche

1b) soggetti di età pari o superiore a 65 anni senza patologie croniche

Rilevare eventuali allergie a:

- **sostanze chimiche** (squalene, polisorbato 80, sorbitan trioleato, sodio citrato, acido citrico, formaldeide, cetiltrimetilammonio bromuro (CTAB), solfato di bario, sodio cloruro, potassio cloruro, potassio fosfato monobasico, sodio fosfato dibasico diidrato, magnesio cloruro esaidrato, calcio cloruro diidrato).

Se **SI** quale _____

- **uova** (ovoalbumina) o **proteine del pollo** (da tenere in considerazione solo per precedenti shock anafilattici)
- **kanamicina e neomicina solfato**
- **idrocortisone**

- **Ha mai avuto reazioni** spiacevoli a precedenti dosi di vaccino antinfluenzale

SI **NO**

Se **SI** specificare il tipo di reazione _____

Attesto di aver ricevuto materiale informativo relativo al vaccino, informazioni sui possibili effetti collaterali e **acconsento ad essere sottoposto alla vaccinazione richiesta e/o proposta**

Prendo atto che è raccomandabile non allontanarsi dalla struttura per **15 minuti** dall'avvenuta vaccinazione.

Dichiaro, infine, di autorizzare, ai sensi del Decreto Legislativo 30/6/2003 n. 196 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali", l'Azienda USL di Ferrara al trattamento dei miei presenti dati personali in ambito sanitario, in particolare a fini di prevenzione, nonché a fini amministrativi-contabili e fiscali.

Firma dell'interessato _____

Firma del Medico referente _____

Firma dell'Assistente sanitario/Infermiere che effettua il vaccino _____