

SCHEDA INFORMATIVA VACCINO MPR (anti morbillo, parotite, rosolia)

Il **morbillo** è una malattia infettiva molto contagiosa causata da un virus. La malattia provoca febbre alta seguita da tosse, naso che cola, congiuntivite e comparsa di caratteristiche macchioline rossastre diffuse in tutto il corpo (esantema).

Le complicanze più frequenti sono le infezioni dell'orecchio medio (otite), la polmonite e la laringite. La complicanza più temibile è l'encefalite, un'infezione del cervello che può determinare danni cerebrali permanenti e nei casi più gravi la morte. La malattia si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva.

La **parotite** è una malattia infettiva contagiosa causata da un virus, che provoca infiammazione e rigonfiamento doloroso delle ghiandole che producono la saliva e soprattutto delle parotidi con febbre modesta. Talvolta può non dare disturbi.

Le complicanze possono essere: meningite asettica, pancreatite, sordità, infiammazione dei testicoli (orchite) nei maschi dopo la pubertà e raramente delle ovaie nelle femmine e conseguente possibile sterilità. La malattia si propaga da persona a persona tramite le goccioline di saliva e oggetti contaminati con la saliva.

La **rosolia** è una malattia infettiva contagiosa causata da un virus. Nell'età infantile ha di solito un andamento benigno e un decorso rapido.

Le complicanze possono essere: dolori articolari, trombocitopenia (riduzione delle piastrine nel sangue) ed encefalite (infezione del cervello). Si può inoltre avere artrite temporanea, particolarmente negli adolescenti e negli adulti. La malattia si trasmette da persona a persona con le goccioline di saliva oppure da madre a figlio durante la gravidanza.

La rosolia, se contratta da una donna nei primi 3/4 mesi di gravidanza, è molto pericolosa per il nascituro: il virus, tramite il sangue, passa la barriera placentare e raggiunge il feto provocando malformazioni cardiache, sordità, cecità, lesioni a carico del sistema nervoso centrale e, nei casi più gravi, morte endouterina.

VACCINO

La vaccinazione, per queste patologie, rappresenta l'unico strumento efficace di protezione sia nei confronti del singolo individuo sia nei confronti dell'intera comunità, in quanto ostacola la circolazione dei virus che sono causa di malattie infettive, proteggendo anche chi non può essere vaccinato.

La vaccinazione viene effettuata somministrando in associazione i tre vaccini, a virus vivo attenuato. Conferisce elevata protezione per il morbillo e la rosolia in più del 90% dei soggetti vaccinati; la protezione raggiunta nei confronti della parotite è più bassa. Per una protezione ottimale sono necessarie due dosi.

La somministrazione del vaccino è per via sottocutanea nella parte superiore del braccio, oppure per via intramuscolare. Il vaccino non è obbligatorio ma fortemente raccomandato dalle Autorità sanitarie nazionali e regionali che hanno predisposto un piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

CONTROINDICAZIONI

- reazione allergica grave (anafilassi) ad una precedente dose di vaccino o ad un suo componente
- grave compromissione del sistema immunitario, come immunodepressione da farmaci, immunodeficienza congenita o acquisita, recente trapianto di organi
- somministrazione recente di prodotti derivati dal sangue
- storia di trombocitopenia o porpora trombocitopenia

È opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico. La vaccinazione non deve essere somministrata in gravidanza.

EFFETTI COLLATERALI:

Gli effetti collaterali sono rari; entro 24-48 ore può comparire dolore, rossore e gonfiore nel punto dell'iniezione. Da 5 a 12 giorni dopo la vaccinazione possono verificarsi esantema modesto, febbre, ingrossamento dei linfonodi, gonfiore e dolore delle articolazioni. Questi effetti generali possono durare per qualche giorno e in caso di febbre alta si possono avere convulsioni.

In casi rari si può avere una riduzione delle piastrine nel sangue (trombocitopenia) che può causare temporanee piccole emorragie. Negli adulti gli effetti collaterali possono essere più evidenti e persistenti, in particolare per

quanto riguarda i dolori articolari. Come per tutti i vaccini, non è possibile escludere l'eventualità di reazioni allergiche anche gravi come lo shock anafilattico.

<p style="text-align: center;">SCHEDA INFORMATIVA</p> <p style="text-align: center;">VACCINO ANTIMENINGOCOCCO</p>

Il **meningococco** è un batterio di cui si conoscono diversi tipi. La maggior parte delle malattie meningococciche nell'uomo è dovuta ai tipi A, B, C, W135 e Y: in Italia e in Europa i più diffusi sono attualmente il B e il C, mentre in Africa è prevalente il tipo A. Il meningococco può essere responsabile di infezioni di varia gravità e colpire soggetti di tutte le età. Quasi sempre le infezioni non danno sintomi o provocano solo una leggera infiammazione delle alte vie respiratorie. In alcuni casi il meningococco si diffonde al sistema nervoso o in tutto il corpo causando così meningite o sepsi, malattie gravi che possono determinare lesioni permanenti o portare alla morte.

La trasmissione della malattia avviene tramite le goccioline di saliva.

VACCINO

Sono disponibili al momento attuale i seguenti vaccini:

1. un vaccino "coniugato" contro il solo meningococco di tipo C che viene offerto ai nuovi nati a partire dall'anno di età (è possibile chiedere la somministrazione del vaccino nel primo anno di vita, a partire dal 3° mese). Ha una grande capacità di difendere dalla malattia e determina una protezione di lunga durata.
2. un vaccino tetravalente (coniugato o polisaccaridico) contro i meningococchi di gruppo A – C – W135 – Y che può essere usato dopo l'anno di età e per gli adulti. E' raccomandato quando si deve intraprendere un viaggio in paesi dove questi tipi di meningococco sono presenti e per alcuni soggetti a rischio; il vaccino coniugato determina una protezione di lunga durata.

I vaccini coniugati vengono somministrati per via intramuscolare nella faccia antero-laterale della coscia o nel muscolo deltoide a seconda della tipologia del vaccino e dell'età del soggetto da vaccinare, mentre il vaccino polisaccaridico viene somministrato per via sottocutanea nella parte alta del braccio.

La vaccinazione non è obbligatoria ma raccomandata ai soggetti affetti da patologie - malattie della milza e quelle che determinano difetti del sistema immunitario - che li espongono a maggior rischio d'infezione.

CONTROINDICAZIONI

Reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione ad una precedente dose di vaccino o ad un suo componente

È opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico.

EFFETTI COLLATERALI

La vaccinazione è di solito ben tollerata. Le reazioni nella sede dell'iniezione compaiono entro 24 – 48 ore e possono essere: rossore, gonfiore, dolore, irritabilità, prurito, diarrea, nausea, vomito, cefalea, mialgia, febbre.

Come per tutti i vaccini, non è possibile escludere l'eventualità di reazioni allergiche anche gravi come lo shock anafilattico.

SCHEDA INFORMATIVA VACCINO ANTI VARICELLA

La **varicella** è una malattia infettiva acuta, molto contagiosa, causata da un virus, che si manifesta con la comparsa di macchioline sulla pelle e sulle mucose che si trasformano rapidamente in vescicole e croste. La malattia è in genere lieve, ma in alcuni casi si possono verificare complicanze come piastrinopenia (riduzione delle piastrine nel sangue), polmonite, encefalite (infezione del cervello). Le persone con grave riduzione delle difese immunitarie hanno un maggior rischio di complicanze anche in forma grave. Se contratta in gravidanza la varicella può essere pericolosa per il nascituro.

Talvolta il virus può rimanere nascosto nell'individuo che ha avuto la varicella e può riattivarsi successivamente a distanza di anni provocando l'herpes zoster (fuoco di Sant'Antonio).

La trasmissione della malattia avviene tramite le goccioline di saliva e per contatto diretto con le vescicole.

Esistono dei farmaci che, se somministrati precocemente, possono combattere l'infezione; sono indicati soprattutto nei soggetti ad alto rischio di sviluppare la malattia in forma grave.

VACCINO

Il vaccino è costituito da virus vivo attenuato e viene somministrato per via sottocutanea nella parte alta del braccio. Il vaccino conferisce ai bambini e agli adulti sani una buona protezione. Il vaccino non è obbligatorio ma raccomandato dopo l'anno di età, insieme al vaccino anti morbillo-parotite-rosolia; una dose di richiamo è prevista ai 5-6 anni. Inoltre il vaccino è indicato in presenza di specifiche condizioni di rischio: leucemie in fase di remissione, infezione da Hiv in stadio non avanzato, malattie croniche dei reni, candidati a trapianto, conviventi di soggetti con grave deficit del sistema immunitario. E' inoltre consigliato alle donne in età fertile che non hanno fatto la malattia.

CONTROINDICAZIONI

- reazione allergica grave (anafilassi) ad una precedente dose di vaccino o ad un suo componente
- grave compromissione del sistema immunitario, come immunodepressione da farmaci, immunodeficienza congenita o acquisita, recente trapianto
- somministrazione recente di prodotti derivati dal sangue

E' opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico ed evitare l'uso di aspirina (salicilati) nelle sei settimane successive alla vaccinazione. Somministrare con cautela nelle donne che allattano

La vaccinazione non deve essere somministrata in gravidanza e la stessa deve essere evitata nei 3 mesi successivi.

EFFETTI COLLATERALI

Possono verificarsi effetti collaterali nella sede di iniezione: arrossamento, gonfiore e dolore e/o di tipo generale: febbre, irritabilità, sonnolenza. Molto raramente possono verificarsi reazioni di maggiore entità quali febbre elevata (superiore a 39,5° C) o rash cutaneo simile alla varicella, diffuso a tutto il corpo. In rari casi possono verificarsi anche disturbi del sistema vascolare e del sistema nervoso.

Come per tutti i vaccini, non è possibile escludere l'eventualità di reazioni allergiche anche gravi come lo shock anafilattico.

**Dati anagrafici della persona da vaccinare:**

Cognome e nome..... **Sesso:** M F
Nato/a a **il** **Telefono:**.....
E-Mail

SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE

Di seguito riportiamo alcune domande importanti per l'anamnesi, cioè per conoscere lo stato di salute del Vostro bambino, i farmaci che ha assunto, le malattie e gli interventi chirurgici che ha avuto. Vi chiediamo, quindi, di rispondere con attenzione. Se avete dubbi, potete chiedere spiegazioni al personale sanitario dell'ambulatorio vaccinale o al Vostro pediatra.

DATA VACCINAZIONE						
VACCINAZIONE DA ESEGUIRE:	Esavalente Pneumococco	DTPa HPV	IPV Altro _____	MPR _____	HBV _____	Meningococco DOSE: _____
1) Sta bene oggi il bambino?	SI	NO				
2) Ha o ha avuto malattie importanti? Se sì, specificare se - malattia neurologica (del sistema nervoso) - malattia con immunodeficienza (es.: abbassamento delle difese immunitarie da tumori, infezioni da HIV, ecc.)	SI	NO				
3) Ha mai avuto convulsioni? Se sì, specificare se con febbre senza febbre	SI	NO				
4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità? Se sì, specificare se - CORTISONICI ad alte dosi (se presi a dosi elevate questi farmaci abbassano le difese immunitarie) - ANTINEOPLASTICI (farmaci usati contro i tumori)	SI	NO				
5) Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante (con radiazioni)?	SI	NO				
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue, come una trasfusione o immunoglobuline?	SI	NO				
7) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente?	SI	NO				
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì, è stata una reazione importante? Se sì, specificare _____	SI	NO				
9) Ha eseguito altre vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale vaccino? _____	SI	NO				
10) E' nato pretermine?	SI	NO				
11) E' in gravidanza?*	SI	NO				

* Solo per soggetti in età fertile

Informativa ai sensi della Lgs. 196/2003: si informa che i dati personali e sensibili acquisiti, verranno trattati ai soli fini della prestazione eseguita.

Ai sensi dell'art. 81 della Lgs.196/2003, si acquisisce il consenso al trattamento dati in

- forma orale (da barrare a cura del personale ATS).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)

Padre (Cognome e Nome)..... nato a il.....

Madre (Cognome e Nome)..... nato a il.....

In caso di soggetto incapace:

Rappresentante legale (tutore o altro)nato a.....il.....
identificato tramite..... rilasciato da.....il.....

..l. sottoscritt../.. consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità

DICHIARA sotto la propria responsabilità

di aver ricevuto tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario;

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un **ulteriore colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;
- di essere a conoscenza che in caso di danni permanenti da vaccinazione è possibile fare richiesta di risarcimento (legge 210/1992);

di essere stato invitato/a a trattenere il minore vaccinato/trattenermi presso l'ambulatorio per **i venti minuti** successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini

di avere riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando:

€ **di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

€ **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;
e quindi di :

ACCETTARE liberamente ed in piena coscienza le vaccinazioni proposte

Firma del /dei genitore-i/ del legale rappresentante

Data, ___/___/___

Attestazione del medico che, verificata l'anamnesi, acquisisce il consenso e verifica l'avvenuta comprensione da parte dei genitori/tutori delle informazioni ricevute.

Data,

Timbro e Firma del Medico