

SCHEDA INFORMATIVA

VACCINO HPV (PAPILLOMA VIRUS)

I **papilloma virus umani (HPV)** sono virus la cui infezione causa la quasi totalità dei casi di tumore del collo dell'utero (o cervice uterina). Esistono oltre 120 diversi tipi di HPV, ma solo alcuni sono legati allo sviluppo del tumore. Fra questi, i virus HPV -16 e HPV-18 sono responsabili di circa il 70% dei tumori. Altri, come HPV-6 e HPV-11, causano invece i condilomi, lesioni benigne simili a piccole verruche.

L'infezione solitamente guarisce spontaneamente ma in una minoranza dei casi può causare lesioni che possono precedere il tumore e, anche dopo decenni, possono evolvere in carcinoma.

Il virus HPV si trasmette con i rapporti sessuali.

Tutte le donne, a partire dai 25 anni d'età, devono fare regolarmente il Pap Test che è l'esame fondamentale per la prevenzione del tumore del collo dell'utero.

VACCINO

Gli studi effettuati hanno evidenziato che, per sfruttare la sua efficacia preventiva, il vaccino va somministrato prima che la persona si infetti con il virus cioè quando non sono ancora iniziati i rapporti sessuali: è per questo che in Italia viene offerto gratuitamente a chi ha compiuto 11 anni.

Il vaccino viene somministrato per via intramuscolare, nel muscolo deltoide (parte alta del braccio).

Esistono in commercio tre vaccini, con il ciclo differenziato in base all'età del soggetto:

- due dosi fino all'età di 14 anni, tre dosi dopo i 15 anni, oppure
- due dosi fino all'età di 13 anni e tre dosi dopo i 14 anni.

Non si conosce ancora la durata della protezione: per ora si sa che supera i 5 anni.

Tuttavia le ragazze vaccinate devono eseguire comunque il Pap Test, per individuare possibili lesioni provocate da altri tipi di virus HPV.

CONTROINDICAZIONI

- reazione allergica grave (anafilassi) 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

Sono possibili reazioni nelle sede dell'iniezione: arrossamento, dolore, gonfiore e generali: mal di testa, dolore muscolare, senso di stanchezza, eventualmente febbre.

Nella maggioranza dei casi questi effetti collaterali sono di lieve entità e durata.

Tuttavia, 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 ANAMNETICA 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 SI SI
3) Ha mai avuto convulsioni? Se sì, specificare se con febbre senza febbre						SI NO SI SI
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 SI SI
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 SI
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì, è stata una reazione importante? Se sì, specificare _____						SI NO 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.....

..i. 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

- o materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- o 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