

## SCHEDA INFORMATIVA

### VACCINO ANTIPOLIO-DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE

La **poliomielite** è una grave malattia infettiva e contagiosa, causata da virus che colpiscono il sistema nervoso. L'infezione solitamente non dà sintomi specifici, in alcuni casi però può provocare una paralisi irreversibile degli arti e a volte anche la morte. Il virus si trasmette con le feci che possono contaminare gli alimenti, l'acqua potabile o le mani. La malattia è ancora presente in alcune zone del mondo con scarse condizioni d'igiene: la vaccinazione sta contribuendo alla sua eradicazione

La **difterite** è una grave malattia infettiva causata da una tossina prodotta da un batterio. La malattia produce la formazione di membrane nel naso e nella gola che talvolta possono impedire la respirazione. In alcuni casi la malattia può provocare gravi danni agli organi interni come cuore, reni e sistema nervoso, paralisi e morte per soffocamento.

La difterite si trasmette per contatto con un malato o portatore o per contatto indiretto con oggetti contaminati (giocattoli, stoviglie, ecc.).

Il **tetano** è una malattia infettiva non contagiosa dovuta alla tossina prodotta da un batterio molto diffuso nell'ambiente che penetra attraverso ferite, anche piccole, della cute o delle mucose contaminate da terriccio o da oggetti sporchi. Le tossine danneggiano il sistema nervoso causando contrazioni muscolari dolorose e persistenti, l'evoluzione è sempre molto grave e spesso può portare a morte.

La **pertosse** è una malattia infettiva causata da un batterio. E' caratterizzata da tosse violenta.

Nel primo anno di vita è più grave: a questa età, infatti, durante gli accessi di tosse possono presentarsi crisi di apnea (il bambino non respira) molto prolungate e pericolose; può inoltre essere ostacolata la normale alimentazione del bambino. La malattia si associa spesso a complicanze respiratorie (broncopolmoniti, ecc.) e del sistema nervoso centrale (convulsioni, encefaliti, ecc.). E' molto contagiosa e si trasmette dalle persone infette con le goccioline di saliva.

### VACCINO ANTIPOLIO-DIFTERICO-TETANICO-PERTOSSE

E' un vaccino combinato che garantisce un'elevata efficacia protettiva, la somministrazione è per via intramuscolare nel braccio.

Il vaccino, utilizzato per i richiami a 5-6 anni e a 15-16 anni, dopo il completamento del ciclo di base di 3 dosi, serve per mantenere adeguati livelli di protezione.

### CONTROINDICAZIONI

- reazione allergica grave (anafilassi) ad una precedente dose di vaccino o ad un suo componente;
- malattie neurologiche gravi progressive;

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

### EFFETTI COLLATERALI

Entro 24 - 48 ore possono verificarsi effetti collaterali nella sede dell'iniezione: dolore, gonfiore, eritema, indurimento, ingrossamento delle linfoghiandole. Possono verificarsi inoltre febbre anche di grado elevato, cefalea, vertigini, vomito, prurito, faringite.

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

Molto raramente possono verificarsi reazioni più gravi a carico del sistema nervoso, dell'apparato gastro-intestinale, della cute e del tessuto sottocutaneo. Tuttavia la frequenza di effetti collaterali gravi è sempre di gran lunga inferiore alle complicanze delle malattie da cui i vaccini proteggono.

Solo in casi eccezionali si possono manifestare eventi avversi molto gravi che costituiscono pericolo di vita per il soggetto (reazione allergica grave).



**SCHEDA INFORMATIVA**  
**VACCINO ANTIMENINGOCOCCO ACWY**

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, W<sub>135</sub> 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**

Viene offerto il vaccino tetravalente coniugato contro i meningococchi di gruppo ACW135Y, che protegge dal meningococco C, diffuso nell'infanzia e negli adulti, e anche da altri ceppi poco presenti in Italia ma diffusi nei Paesi extraeuropei.

Il vaccino è inoltre raccomandato quando si deve intraprendere un viaggio in paesi dove questi tipi di meningococco sono presenti e per alcuni soggetti a rischio, affetti da patologie - malattie della milza e quelle che determinano difetti del sistema immunitario. Il vaccino coniugato determina una protezione di lunga durata.

Il vaccino viene somministrato per via intramuscolare nel muscolo deltoide.

### **CONTROINDICAZIONI**

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

E' 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, 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.

**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			SI	
3) Ha mai avuto convulsioni? Se sì, specificare se con febbre senza febbre	SI	NO			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	
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	
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

- 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 .....