


Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*
 Provincia Autonoma di Trento

Servizio Prevenzione e Protezione

Struttura Medico Competente

Responsabile: dott. Michele Tommasini

Referenti: dott. Giovanni Scherillo

dott. Fabio Malesani

dott. Paolo Dalla Serra

Via Malta, 6 – 38122 Trento

tel. 0461/904315- fax 0461/904320

ALLEGATO n.1

Data _____

Si richiede per la/ilsig.ra/sig. _____

nata/o il _____ in servizio presso U.O. _____

la somministrazione del vaccino:

<input type="checkbox"/> MPR	Una dose <input type="checkbox"/> Due dosi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DT	Ciclo vaccinale <input type="checkbox"/> Dose di richiamo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MPRV	Una dose <input type="checkbox"/> Due dosi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DTP	Ciclo vaccinale <input type="checkbox"/> Dose di richiamo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Varicella	Una dose <input type="checkbox"/> Due dosi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> Dose di richiamo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epatite B	Ciclo vaccinale <input type="checkbox"/> Dosi per non responder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> Dose di richiamo <input type="checkbox"/>

La vaccinazione sarà eseguita dal personale incaricato a ciò deputato della Direzione Medica/Igiene Pubblica a cui la struttura sede di lavoro del dipendente fa riferimento, previo accordo diretto.

Il dipendente è stato informato riguardo ai benefici attesi dalla vaccinazione a eventuali rischi o complicanze legati alla vaccinazione e alle possibili conseguenze della mancata profilassi vaccinale nel suo ambito di lavoro.

Il Medico Competente

Dr. _____

Si precisa che la prestazione è a carico dell'Azienda Provinciale



Rep. int. n.
Class.

data _____

DISSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
in servizio presso la U.O. di _____
Ospedale/Serv. Territoriale _____
con la qualifica di _____

considerato che il mio Datore di Lavoro, tramite il Medico Competente, mi ha raccomandato di vaccinarmi per _____
al fine di proteggere me stesso, i miei pazienti e i miei colleghi in ospedale:

dichiara di aver ricevuto dal Medico Competente, all'atto della raccomandazione della vaccinazione, informazioni puntuali, complete e aggiornate riguardo ai benefici attesi dalla vaccinazione, a eventuali rischi o complicanze legati alla vaccinazione e alle possibili conseguenze della mancata profilassi vaccinale nel mio ambito lavorativo;

dichiara di aver compreso le informazioni ricevute riguardo alla vaccinazione proposta e di essere consapevole dei rischi connessi alla mancata vaccinazione che potrebbero intercorrere nell'attività lavorativa sanitaria e delle eventuali misure organizzative di salvaguardia, prevenzione e sicurezza che potrebbero essere intraprese nei miei confronti, fino a comprendere l'assegnazione ad altra U.O./attività o la risoluzione del rapporto di lavoro per giusta causa in caso di impossibilità di utile ricollocazione.

Decide altresì di rifiutare la vaccinazione raccomandata per i seguenti motivi:

In fede _____

Il ricevente la dichiarazione _____



Azienda con sistema di gestione certificato BS OHSAS 18001:2007



Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	ALLEGATO n. 3 VACCINAZIONI OPERATORI SANITARI SCHEDA DI ANAMNESI PREVACCINALE		DOC. 001	
			Rev.00	
			OSPEDALE DI SERVIZIO DI.....	
Nome Luogo di nascita		Cognome		Data di nascita
Data				
1. Sta bene oggi?			SI	NO
2. Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?			NO	SI
3. E' allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze?			NO	SI
4. Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?			NO	SI
5. E' affetta/o da malattia tumorale, infezione da HIV/AIDS o altre malattie del sistema immunitario?			NO	SI
6. E' affetta/o malattie croniche autoimmuni, reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?			NO	SI
7. Negli ultimi 6 mesi ha attuato terapie di lunga durata? Ha assunto farmaci con continuità oppure è stata sottoposta a radioterapia o dialisi?			NO	SI
8. E' mai stata sottoposta ad interventi chirurgici?			NO	SI
9. La persona ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?			NO	SI
10. Se donna, è in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza nel prossimo mese?			NO	SI
VACCINI VIVI				
11. Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?			NO	SI
12. Vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. tumori, HIV/AIDS) o sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es.:trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?			NO	SI
13. Vive con una donna in gravidanza?			NO	SI
Note: Dichiaro di aver ricevuto dal Medico Competente all'atto della raccomandazione della vaccinazione, informazioni puntuali, complete e aggiornate riguardo ai benefici attesi dalla vaccinazione, a eventuali rischi o complicanze legati alla vaccinazione e alle possibili conseguenze della mancata profilassi vaccinale nel mio ambito lavorativo. Ho ricevuto l'opuscolo informativo .				

Vaccinazione eseguita il _____	Firma
---------------------------------------	--------------

<input type="checkbox"/> MPR	<input type="checkbox"/> MPRV
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> DT
<input type="checkbox"/> DTP	<input type="checkbox"/> Epatite B
<input type="checkbox"/>	


Lotto

Firma di chi esegue _____

NB: In caso di eventi avversi contattare al più presto la propria Direzione di riferimento per compilare l'apposita scheda di segnalazione.

.....,

Firma _____

<p>Azienda Provinciale</p>  <p>per i Servizi Sanitari</p>	<p>ALLEGATO n. 3 BIS</p> <p>VACCINAZIONI OPERATORI SANITARI</p> <p>SCHEMA TRIAGE PREVACCINALE</p> <p>Antinfluenzale</p>	DOC. 001
		Rev.00

Ospedale/ Servizio di

Campagna vaccinale anno _____

Lotto n°

Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Et  _____

U.O./Servizio _____ Qualifica _____

Genere M F

Oggi sta bene? SI NO

Malattia neurologica (Sindrome di Guillan Barr ) SI NO

  allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? SI NO

Nello specifico: ipersensibilit  ad uno qualsiasi degli eccipienti o ad un qualsiasi componente che pu  essere presente in tracce come uova, proteine del pollo, formaldeide, cetiltrimetilammonio bromuro, polisorbato 80 o gentamicina

Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? SI NO

Se s  quali:

- Reazioni locali _____
- Reazioni generali lievi _____
- Reazioni generali gravi (febbre >40 C, ipotonia, collasso, anafilassi) _____


Sospetta gravidanza? SI NO

Data _____

Firma OS _____

Eventuale valutazione del medico

Firma del medico _____

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	ALLEGATO 04	DOC. 001
	TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CONTROINDICAZIONI - AVVERTENZE - PRECAUZIONI PER TIPO DI VACCINO	
	Rev.00	
		Pagina 1 di 4

	CONTROINDICAZIONI	AVVERTENZA	PRECAUZIONI
	TUTTI I VACCINI	Reazione allergica grave dopo somministrazione di una precedente dose di vaccino	
Reazione allergica grave ad un componente del vaccino			Orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose
			Reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)

	CONTROINDICAZIONI	AVVERTENZA	PRECAUZIONI
	EPATITE B DT DTP	Reazione allergica grave dopo somministrazione di una precedente dose di vaccino	
Reazione allergica grave ad un componente del vaccino			Orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose
			Reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)
			Nevrite periferica dopo la somministrazione di una precedente dose
			Prematurità estrema

	CONTROINDICAZIONI	AVVERTENZA	PRECAUZIONI
	INFLUENZA	Reazione allergica grave dopo somministrazione di una precedente dose di vaccino	Somministrazione di: Carbamazepina Fenitoina Teofillina warfarina
Reazione allergica grave ad un componente del vaccino			Orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose
S. Di Guillain Barré entro 6 settimane dalla somministrazione di precedente dose			Reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)
Nevrite/neuropatia periferica entro 6 settimane dalla somministrazione di precedente dose			



ALLEGATO 04

TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CONTROINDICAZIONI
- AVVERTENZE - PRECAUZIONI PER TIPO DI VACCINO

DOC. 001

Rev.00

Pagina 2 di 4

MPR	CONTROINDICAZIONI		
	CONTROINDICAZIONI	AVVERTENZA	PRECAUZIONI
	Deficit anticorpali gravi	Attendere 4 settimane prima di una gravidanza	Alcune immunodeficienze non gravi
	Deficit gravi del n° e/o della funzione dei linfociti		Deficit di sottoclassi di IgG
	Immunodeficit grave (in corso di chemioterapia, trapianto cellule staminali, HIV con grave immunodepressione, sindrome congenita da immunodeficit)		Deficit di Toll Like Receptors, interleuchina e interferon
			HIV con moderata immunodepressione
	Reazione allergica grave dopo somministrazione di una precedente dose di vaccino		Malattia acuta grave o moderata con o senza febbre
	Reazione allergica grave ad un componente del vaccino		Orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose
	Trapianto di organi solidi		Reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)
	CONTROINDICAZIONI TEMPORANEE: gravidanza somministrazione recente (≤ 11 mesi) di preparazioni contenenti immunoglobuline terapia antitumorale terapie con immunoglobuline, escluso quelle contro il fatto Rh terapia immunosoppressiva terapia radiante trapianto cellule staminali (≤ 24 mesi) tubercolosi in fase attiva non trattata		Storia di trombocitopenia o porpora trombocitopenica dopo una prima dose di MPR se entro le 6 settimane dalla somministrazione
		Storia familiare di immunodeficienza congenita	



	CONTROINDICAZIONI	AVVERTENZA	PRECAUZIONI
MPRV	Deficit anticorpali gravi	Attendere 4 settimane prima di una gravidanza	Alcune immunodeficienze non gravi
	Deficit gravi del n° o della funzione dei linfociti		Deficit di sottoclassi di IgG
	Immunodeficit grave (in corso di chemioterapia, trapianto cellule staminali, HIV con grave immunodepressione, sindrome congenita da immunodeficit, infezione da HIV con grave immunosoppressione)		Deficit di Toll Like Receptors, interleuchina e interferon
	Reazione allergica grave dopo somministrazione di una precedente dose di vaccino		HIV con moderata immunodepressione
	Reazione allergica grave ad un componente del vaccino		Malattia acuta grave o moderata con o senza febbre
	Trapianto di organi solidi		Orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose
	CONTROINDICAZIONI TEMPORANEE: gravidanza somministrazione recente (≤ 11 mesi) di preparazioni contenenti immunoglobuline escluso il caso di profilassi post esposizione del morbillo terapia antitumorale terapie con immunoglobuline, escluso quelle contro il fatto Rh terapia immunosoppressiva terapia radiante trapianto cellule staminali ematopoietiche (≤ 24 mesi) tubercolosi in fase attiva non trattata terapia con antivirali da 24 ore		Reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)
			Storia di trombocitopenia o porpora trombocitopenica dopo una prima dose di MPR se entro le 6 settimane dalla somministrazione
			Storia familiare o personale di convulsioni dovute a qualsiasi causa in caso di prima dose
			Storia fam. di immunodeficienza congenita



ALLEGATO 04


TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CONTROINDICAZIONI
- AVVERTENZE - PRECAUZIONI PER TIPO DI VACCINO

DOC. 001

Rev.00

Pagina 4 di 4

VRZ	CONTROINDICAZIONI	AVVERTENZA	PRECAUZIONI
	Deficit anticorpali gravi	Attendere 4 settimane prima di una gravidanza	Alcune immunodeficienze non gravi
	Deficit gravi del n° o della funzione dei linfociti		Deficit di sottoclassi di IgG
	Immunodeficienza grave (in corso di chemioterapia, trapianto cellule staminali, HIV con grave immunodepressione, sindrome congenita da immunodeficit)		Deficit di Toll Like Receptors, interleuchina e interferon
			Infezione da HIV con moderata immunodepressione
			Infezioni gravi o ricorrenti
	Reazione allergica grave dopo somministrazione di una precedente dose di vaccino		Malattia acuta grave o moderata con o senza febbre
	Reazione allergica grave ad un componente del vaccino		Orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose
	Trapianto di organi solidi		Reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)
	CONTROINDICAZIONI TEMPORANEE: gravidanza somministrazione recente (≤ 11 mesi) di preparazioni contenenti immunoglobuline escluso il caso di profilassi post esposizione del varicella terapia antitumorale terapia con antivirali da 24 ore terapie con immunoglobuline terapia immunosoppressiva terapia radiante trapianto cellule staminali ematopoietiche (≤ 24 mesi)		Storia familiare di immunodeficienza congenita

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	ALLEGATO 05 VACCINAZIONI OPERATORI SANITARI REAZIONI AVVERSE	DOC. 001 Rev.00
--	---	--------------------------------------

Reazioni avverse

A seguito di una vaccinazione possono comparire delle *reazioni avverse*:

- *Immedieate*: queste reazioni, di tipo allergico e mediate da IgE (anafilassi), possono iniziare a pochi minuti di distanza dalla somministrazione. Il tasso di reazioni anafilattiche per i vaccini in generale è da 1 a 10 casi per milione di dosi di vaccino.
- *Ritardate*: queste reazioni appaiono invece diverse ore o i giorni successivi alla somministrazione. Possono essere causate da diversi meccanismi diversi, ma raramente sono mediate da IgE.

Sintomi e segni più comuni di una reazione avversa di tipo *immediato*:

- Sintomi cutanei: arrossamento diffuso, prurito, orticaria e angioedema
- Sintomi respiratori: dalla semplice congestione nasale fino a sensazione di chiusura della gola e di soffocamento, stridor laringeo, tosse, dispnea
- Sintomi cardiovascolari: debolezza, sincope, stato mentale alterato, tachicardia e ipotensione

Sintomi e segni più comuni di una reazione avversa di tipo *ritardato*:

- Febbre
- Reazioni locali, come dolore, gonfiore e arrossamento del sito di iniezione, che sono comuni e autolimitantesi
- Malattia da siero e reazioni simili che comprendono eruzioni cutanee, febbre, malessere, poliartralgie e poliartriti.

Reazioni di tipo *vasovagale*:

La somministrazione di vaccini può causare reazioni vasovagali, in particolare nei pazienti soggetti a questa risposta. Queste sono caratterizzate da pallore, debolezza, nausea, vomito, bradicardia, ipotensione fino alla perdita di coscienza.