



VACCINAZIONE CONTRO L'INFLUENZA

La vaccinazione è il mezzo migliore per prevenire l'influenza e le sue più gravi complicanze.

Anche se non annulla il rischio di ammalarsi, diminuisce molto la probabilità di ammalarsi di influenza e, specialmente per le persone anziane e quelle con malattie croniche, diminuisce la frequenza e la gravità delle complicanze, come ad esempio le polmoniti gravi.

Gli effetti collaterali più frequenti sono locali e durano non più di qualche giorno: leggero dolore, arrossamento e gonfiore nel punto di iniezione. Più raramente, soprattutto in persone che si vaccinano per la prima volta, sono possibili: malessere generale, febbre, dolori muscolari, che compaiono poche ore dopo la vaccinazione e possono durare per uno o due giorni.

Solo molto raramente (tanto che non vi è nemmeno certezza della loro relazione con il vaccino) sono stati osservati disturbi del sistema nervoso come formicolii, paralisi, neuropatie, neuriti (compresa la neurite del plesso brachiale e la sindrome di Guillain-Barré), sonnolenza, insonnia, crisi di orticaria o di asma, diminuzione temporanea di piastrine (trombocitopenia transitoria).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE

Io sottoscritto (Cognome e nome) _____

nat_ a _____ il _____ residente a _____

CF _____

interessato direttamente, o come genitore/tutore legale/amministratore di sostegno di _____, dichiaro:

di avere risposto con sincerità alle domande che mi sono state rivolte dall'operatore sanitario;
di essere stato informato e di aver ricevuto risposte alle domande che ho rivolto al personale sanitario per capire meglio i benefici e i possibili rischi della vaccinazione.

Pertanto:

Acconsento **Non acconsento**
alla somministrazione del vaccino contro l'influenza e/o pneumococco.

Reggio Emilia _____

_____ (firma dell'interessato)

Poiché l'interessato non è in grado di esprimere un valido consenso e non ha un rappresentante legalmente riconosciuto, si è provveduto ad informare e a condividere l'intervento vaccinale con il familiare, grado di parentela:

Sig./Sig.ra..... (firma del familiare)

Firma e timbro dell'operatore sanitario

Firma e timbro dell'esecutore

_____ (se in autonomia)

_____ (se diverso dall'operatore che ha raccolto i dati)