



## 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)