

# ASL TO3 – Casa della Salute GramsciOtto Pianezza

dr. E. AIRES  dr. CECCARELLI  dr.ssa C. KUCICH  dr. G. LUPO  dr.ssa M. MILANO  dr.ssa G. MEZZACAPPA  
 dr.ssa V. MULATERO  dr.ssa A.M. OLIVERO  dr.ssa C. PETRAFESA  dr.ssa A. VIOLANTE

## VACCINAZIONE ANTIZOSTER

L'herpes zoster (o "fuoco di Sant'Antonio") è una patologia debilitante causata dalla riattivazione del virus varicella-zoster che può manifestarsi anche dopo molti anni dall'infezione primaria (la varicella) con eruzione cutanea dolorosa, forte sensazione di bruciore e successiva comparsa di croste. Nel tempo può comparire dolore cronico che può perdurare anche mesi. L'incidenza di questa malattia aumenta molto con l'avanzare dell'età o nei soggetti affetti da alcune patologie croniche.

Nome e Cognome: .....

Vaccinazione Zostavax (1 dose)  Vaccinazione Shingrix richiamo .....  BPCO  CARDIO  DIABETE

ANAMNESI	si	no	non so
Al momento presenta sintomi di malattia acuta moderata o grave (febbre, tosse, dispnea, diarrea)?			
Soffre di allergie o ha mai avuto reazioni allergiche dopo un vaccino?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime quattro settimane? Se si specificare quali:			
Assume terapia immunosoppressiva?			
Riferisce eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute:			

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art 76 del DPR 28/12/2000 nr 445

**DICHIARA di:**

- ✓ essere a conoscenza che la vaccinazione anti Zoster non è obbligatoria;
- ✓ essere stata/o informata/o dall'operatore sanitario sui potenziali rischi e benefici legati alla vaccinazione;
- ✓ essere stato informato/a che in base all'anamnesi fornita, non vi sono controindicazioni note, ad oggi, nei confronti del vaccino proposto;
- ✓ aver avuto informazioni sulla necessità di dover comunicare al mio medico di fiducia la comparsa di eventuali reazioni avverse;
- ✓ accettare di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del/dei vaccino/vaccini per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

**Effetti indesiderati più comuni:** cefalea, rash, artralgia, mialgia, eritema, arrossamento, gonfiore, prurito, nausea, vomito, diarrea e/o dolore addominale.

**Effetti indesiderati rari o non comuni:** linfadenopatia, reazioni di ipersensibilità, retinite

**Controindicazioni:** Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti (Saccarosio, Gelatina idrolizzata, Sodio cloruro, Potassio diidrogeno fosfato, Potassio cloruro, Monosodio L-glutammato monoidrato, Disodio fosfato, Sodio idrossido, Urea, Polisorbato 80, Acqua per preparazioni iniettabili). Per Zostavax: stati di immunodeficienza primaria ed acquisita dovuti a condizioni quali leucemia acuta e cronica, linfoma, altre condizioni che coinvolgono il midollo osseo o il sistema linfatico, immunosoppressione dovuta a infezione da HIV/AIDS, terapia immunosoppressiva inclusi corticosteroidi ad alto dosaggio, tubercolosi attiva non trattata e gravidanza (la gravidanza deve essere evitata nel primo mese successivo alla vaccinazione).

	Zostavax	Shingrix
	Lotto:	Lotto:
<b>ESPRIMO il consenso</b> alla somministrazione vaccino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sito iniezione - Braccio	<input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> DX

*Il sottoscritto informato sui diritti e sui limiti ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679) esprime il consenso al trattamento dei propri dati sensibili ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse o per ricerche statistiche.*

**FIRMA OPERATORE SANITARIO**

**FIRMA PAZIENTE:**