



CONSENSO SPECIFICO PER VACCINAZIONE ANTI ZOSTER

Io sottoscritto (NOME E COGNOME) _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

INTENDO SOTTOPORMI ALLA VACCINAZIONE – HERPES ZOSTER

Dichiaro di essere affetto dalle seguenti condizioni cliniche:

Malattie febbrili ed infettive in atto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Allergie ad alimenti, farmaci o sostanze chimiche. <i>Se SI, quali:</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Precedenti reazioni gravi o malattie neurologiche in seguito a vaccinazioni <i>Se SI, in seguito a quale vaccino:</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

E' AFFETTO DA MALATTIE CRONICHE? SE SI INDICHI SOTTO QUALI:

Diabete mellito • <i>Se, SI, prende farmaci (Insulina, almeno due farmaci ipoglicemizzanti orali)</i> • <i>Presenta complicanze da diabete (retinopatia, neuropatia, vasculopatia, nefropatia, cardiopatia), INDICHI QUALI:</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cardiopatie croniche (scompenso cardiaco in classe NYHA III-IV, post shock cardiogeno, portatore di dispositivi medici impiantati attivi)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Broncopneumopatie croniche ostruttive (asma, fibrosi polmonare idiopatica, ossigenoterapia)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Candidata/o a terapie immunosoppressive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malattie reumatologiche in attesa o in corso di terapia immunosoppressiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malattie oncologiche e onco-ematologiche (leucemie, linfomi ecc.) o deficit immunitari congeniti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trattamento dialitico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Positività al virus dell'immunodeficienza umana acquisita (HIV)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In attesa di trapianto di organo solido	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trapiantata/o con cellule staminali emopoietiche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto un episodio di Herpes zoster nell'anno precedente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malattie del sistema nervoso (es: convulsioni, malattie autoimmuni)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Effettuazione di cure con alte dosi di cortisone o altri steroidi, di chemioterapia o di trattamenti con radiazioni negli ultimi 3 mesi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trasfusioni di sangue o iniezioni di immunoglobuline nell'ultimo anno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Somministrazioni di vaccini virali nell'ultimo mese	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Per le femmine: stato di gravidanza o sospetto di gravidanza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha già eseguito in altra occasione una vaccinazione anti zoster?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



Sulla scorta delle informazioni anamnestiche raccolte sarà somministrato il seguente vaccino:

VACCINO VIVO ATTENUATO ZOSTAVAX _____

VACCINO RICOMBINANTE SHINGRIX _____

Essendo stato informato:

- che tali condizioni possono costituire controindicazioni/precauzioni alla vaccinazione;
- che gli eventuali rischi connessi alla somministrazione del vaccino sono: reazioni lievi generali quali: febbre e/o malessere oppure locali quali: gonfiore e/o arrossamento e/o dolore e/o prurito nel punto di iniezione; reazioni gravi quali: shock anafilattico, malattie dei nervi con disturbi della sensibilità e del movimento;
- che è necessario sostare per 15 minuti all'interno del Servizio vaccinale per evidenziare eventuali reazioni immediate al vaccino;

Dichiaro di aver compreso quanto mi è stato spiegato in ordine alle mie condizioni cliniche e ai rischi connessi alla vaccinazione

ACCONSENTO NON ACCONSENTO
alla esecuzione della vaccinazione

Dichiaro inoltre di autorizzare l'Azienda U.S.L. di Imola al trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.196/2003.

Luogo _____ Data _____

Firma dell'operatore sanitario

Firma dell'interessato
