

VACCINAZIONE IN FARMACIA

Parte A. MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la documentazione relativa alla vaccinazione: “ _____ ”
- Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.
- Sono consapevole che qualora si verificassero qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del/dei vaccino/i “ ”	RIFIUTO la somministrazione del/dei vaccino/i “ ”
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

Professionista sanitario che somministra il vaccino

1. Nome cognome e ruolo (FARMACISTA)	2. Nome cognome e ruolo
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con dopo essere stato adeguatamente informato. Firma	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con dopo essere stato adeguatamente informato. Firma

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
Antinfluenzale	Braccio destro	Braccio sinistro					
Anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
Anti difto-tetano-pertosse	Braccio destro	Braccio sinistro					

Parte B. ELENCO QUESITI. Compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

Ai fini dell'eleggibilità alla vaccinazione in farmacia, la risposta ai quesiti 2-3-4-7-8-9-10-11-14 e al quesito 16 per la vaccinazione contro difterite tetano e pertosse dovrà essere NO. Diversamente il cittadino dovrà essere indirizzato al medico o al punto vaccinale.

	QUESITI	Sì	No	Non so
1	Ha già ricevuto la somministrazione di un'analogia tipologia di vaccino? Se sì, quale:			
2	Attualmente è malato?			
3	Ha febbre?			
4	Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:			
5	Ha mai avuto una reazione avversa dopo aver ricevuto un vaccino? Se sì, quale:			
6	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete di tipo 1 o di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci o complicanze, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione? Se sì specificare:			
7	Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco che segue (Parte C)			
8	Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni) Se sì, quale:			
9	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto in modo continuativo farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci anti-tumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
10	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
11	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
12	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?			
13	Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
14	E' in gravidanza?			
15	Sta allattando?			
16	Ha ricevuto la vaccinazione contro difterite tetano e pertosse negli ultimi 10 anni?			

Data e luogo		Firma del cittadino	
--------------	--	---------------------	--

Parte C. ELENCO PATOLOGIE CHE DEFINISCONO ESTREMA VULNERABILITA'.

NB: Non considerare la condizione di diabete ai fini dell'esclusione dell'eleggibilità alla vaccinazione in farmacia.

Aree di patologia/condizione	Definizione della condizione
Malattie respiratorie	- Fibrosi polmonare idiopatica; - Malattie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia.
Malattie cardiocircolatorie	- Scompenso cardiaco in classe avanzata (III – IV NYHA); - Pazienti post-shock cardiogeno.
Malattie neurologiche	- Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone; - Sclerosi multipla; - Distrofia muscolare; - Paralisi cerebrali infantili; - Miastenia gravis; - Patologie neurologiche disimmuni.
Diabete / altre endocrinopatie severe	- Diabete di tipo 1; - Diabete di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci per il diabete o con complicanze; - Morbo di Addison; - Panipopituitarismo.
Malattie epatiche	- Cirrosi epatica
Malattie cerebrovascolari	- Evento ischemico-emorragico cerebrale con compromissione dell'autonomia neurologica e cognitiva - Stroke nel 2020-22; - Stroke antecedente al 2020 con ranking ≥ 3 .
Emoglobinopatie	- Talassemia major; - Anemia a cellule falciformi; - Altre anemie gravi.
Altro	- Fibrosi cistica; - Sindrome di Down; - Grave obesità (BMI >35);
- Disabilità (fisica, sensoriale, intellettuale e psichica)	- Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3

Parte D1. CATEGORIA DI RISCHIO VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Da compilare da parte del cittadino prima di eseguire la vaccinazione antinfluenzale.

(Barrare la casella corrispondente):

BARRARE	DESCRIZIONE CATEGORIA	Vaccinazione gratuita	Codice categoria
☐	Persona di età uguale o superiore a 60 anni CON UNA O PIU' patologie croniche	SI	01.a
☐	Persona di età uguale o superiore a 60 anni SENZA patologie croniche	SI	I01.b
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.a
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da malattie dell'apparato cardio-circolatorio NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.b
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da diabete mellito di tipo 2 in terapia con un solo farmaco e altre malattie metaboliche NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.c
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da insufficienza renale/surrenale cronica	SI	I02.d
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.i
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da epatopatie croniche NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.k
☐	Donna nel periodo post-partum	SI	I04
☐	Medico o personale sanitario di assistenza nelle strutture sanitarie o sociosanitarie e socioassistenziali o libero-professionisti o medici tirocinanti in formazione specialistica o farmacista	SI	I06
☐	Familiare e contatto di soggetto ad alto rischio di complicanze, indipendentemente dal fatto che il soggetto sia stato o meno vaccinato	SI	I07
☐	Forze dell'Ordine e Protezione Civile, compresi Vigili del Fuoco, Carabinieri, Militari e la Polizia Municipale	SI	I08.a
☐	Donatore sangue	SI	I08.b
☐	Personale di asilo nido, di scuola dell'infanzia e dell'obbligo	SI	I08.c
☐	Personale dei trasporti pubblici, delle poste e delle comunicazioni, volontario dei servizi sanitari di emergenza e dipendente della pubblica amministrazione e necrofori, che svolge servizi essenziali	SI	I08.d
☐	Persona che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali (addetti all'allevamento, veterinari pubblici e privati, trasportatori di animali, macellatori)	SI	I09
☐	Persona > 18 anni NON appartenente alle precedenti categorie	NO	I10

Parte D2. VACCINAZIONE DIFTERITE TETANO PERTOSSE (dTpa)

Da compilare da parte del cittadino prima di eseguire la vaccinazione contro difterite tetano e pertosse.

Data dell'ultima vaccinazione dTpa: ____ / ____ / ____

Data, _____

In fede, _____