SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena
Sorveglianza Sanitaria e Promozione della salute dei lavoratori

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
Ospedale Policlinico di Modena - Ospedale Civile di Baggiovara
e-mail: sorveglianza.san@aou.mo.it

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE – STAGIONE 2026-2027

SCHEDA ANAMNESTICA PRE-VACCINALE E CONSENSO

○ INFLUVAC TRI S (18-64 anni)	○ FLUAD (età pari o superiore a 50 anni)

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Telefono	Mansione
C.F.	

CATEGORIA DI RISCHIO:

○ 6 – Medici e personale di assistenza	○ 8 – Addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo, Amministrativi, Dirigenti non Medici, Tecnici della Prevenzione

ANAMNESI PERSONALE E PATOLOGICA	**SI**	**NO**
Malattie febbrili o malattie acute in atto		
Immunodepressione primitiva o secondaria		
Malattie croniche (comprese malattie della coagulazione)		
Terapie in atto:		
Gravidanza		
Altro:		
ANAMNESI VACCINALE	**SI**	**NO**
Allergie note a residui o eccipienti del vaccino		
Allergie alle uova, proteine del pollo		
Altre allergie note		
Ipersensibilità o reazioni avverse a vaccini precedentemente somministrati		
Vaccinazioni effettuate nell'ultimo mese		
Precedenti vaccinazioni antinfluenzali (anno)		

Data _____ Il lavoratore _____

CONSENSO DEL LAVORATORE

La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata e offerta in maniera attiva e gratuita a tutti i professionisti e agli operatori impegnati nelle attività e nei percorsi sanitari, indipendentemente da ruolo (sanitari, tecnici, amministrativi), da qualifica e inquadramento lavorativo (dipendenti, convenzionati, liberi professionisti, volontari).

Possibili effetti indesiderati

Molto comuni o comuni: dolore locale nella sede di inoculo, affaticamento, cefalea, malessere, brividi, dolori muscolari e articolari, reazione locale (arrossamento, gonfiore, ecchimosi, indurimento), nausea, diarrea, inappetenza.

Non comuni: vomito, ingrossamento dei linfonodi.

Frequenza non definibile: piastrinopenia transitoria, rash cutaneo, orticaria, angioedema, reazioni allergiche gravi (rari casi di shock), nevralgia, parestesie, convulsioni febbrili, neuriti, sindrome di Guillan-Barrè, vasculite

DICHIARO:

. Di aver qui fornito informazioni vere, corrette e dettagliate;
. Di essere stato informato/a rispetto ai benefici e ai possibili rischi della vaccinazione;
. Di aver avuto risposta alle richieste di chiarimenti;
. Di essere stato informato/a della possibilità, anche se molto rara, di reazioni allergiche e pertanto della necessità di aspettare 15 minuti prima di allontanarmi dall'ambulatorio, dopo la vaccinazione

Il/la sottoscritto/a informato/a sia sulle indicazioni che sulle eventuali reazioni indesiderate conseguenti all'inoculazione del vaccino antinfluenzale, **ESPRIMO IL CONSENSO** alla esecuzione della vaccinazione sopra indicata.

Data _____ Il lavoratore _____

Sito di inoculo: □ BRACCIO DX □ BRACCIO SX

Data e ora somministrazione:

Firma dell'Operatore Sanitario _____

Lotto e scadenza