

## CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE – STAGIONE 2025-2026

### SCHEDA ANAMNESTICA PRE-VACCINALE E CONSENSO

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> INFLUVAC TRI S (18-64 anni) | <input type="radio"/> FLUAD (età pari o superiore a 50 anni) |
|---|--|

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

#### CATEGORIA DI RISCHIO:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 6 – Medici e personale di assistenza | <input type="radio"/> 8 – Addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo, Amministrativi, Dirigenti non Medici, Tecnici della Prevenzione |
|--|--|

ANAMNESI PERSONALE E PATHOLOGICA	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 excipienti 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 gravi: reazione anafilattica, manifestata con difficoltà a respirare, capogiro, polso debole e rapido, eruzione cutanea.

Gravi: gonfiore esteso dell'arto in cui è stata eseguita l'inezione.

Lievi: dolore in sede di iniezione, lividi, arrossamento e indurimento o gonfiore nel sito d'inezione, mal di testa, dolore muscolare, stanchezza, mancanza d'appetito, lividi nel sito d'inezione, nausea, vomito, diarrea, dolori articolari, brividi, febbre ( $> 38^{\circ}\text{C}$ ), sensazione di intorpidimento e formicolio, reazioni generalizzate della pelle, come prurito, gonfiore sulla pelle o eruzione cutanea non specifica.

#### 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