

# Difterite / Tetano / Pertosse / Poliomielite

Data: .....

Numero di cartella  
(dallo strumento online)

## Questionario per la vaccinazione dTpa-IPV in farmacia

### Informazioni sulla vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse e/o poliomielite (dT, dTpa o dTpa-IPV)

**Target:** Persone adulte a partire dai 16 anni come vaccinazione di recupero o di richiamo.  
Come vaccinazione di richiamo dTpa per i giovani adulti tra 25 e 29 anni. Pure raccomandato a tutte le persone – per motivi professionali o familiari – in contatto regolare con lattanti <6 mesi. In seguito come vaccinazione di richiamo dT ogni 20 anni fino ai 65 anni, poi a partire dai 65 anni ogni 10 anni.  
La vaccinazione di base contro la poliomielite necessita di 3–5 dosi a seconda dell'età alla vaccinazione.  
Una vaccinazione di richiamo con la componente poliomielite (-IPV) è raccomandata ogni 10 anni in caso di viaggio in zone a rischio (vedi lista OMS).

**Vaccinazione:** I vaccini contro difterite, tetano, pertosse e poliomielite offrono una protezione efficace (superiore al 95 % contro difterite, tetano e poliomielite; 85 % contro pertosse).

### **A** Dati personali del(la) cliente

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... Numero cliente: .....

Indirizzo: .....

NPA: ..... Località: .....

Numero di telefono (facoltativo): ..... E-mail (facoltativo): .....

### **B** Anamnesi → si prega di rispettare le norme cantonali

#### Criteri di esclusione temporanea

Se «Sì» → rinvio della vaccinazione

**SÌ** **NO**

Non si sente bene?

Nelle ultime 48 ore ha avuto febbre?

#### Criteri di esclusione

Se «Sì» ad almeno una domanda con «★» → rischio vaccinale particolare  
(accertamento medico consigliato; **ZH:** Riferire al medico)

**SÌ** **NO**

Ha un'allergia:  
→ a medicinali?

→ a uno dei componenti del vaccino?★

Ha mai avuto effetti indesiderati gravi durante o dopo una vaccinazione?★

E'incinta?★

Soffre di un problema del sistema immunitario★

Ha un rischio emorragico aumentato accertato (ad es. ereditario)?★

Assume regolarmente dei medicinali?

Assume regolarmente:

→ un anticoagulante (a parte l'aspirina)?★

→ cortisone (≥20mg/d, prednisone o equivalente)?★

→ un medicamento che inibisce le difese immunitarie?★

→ altri medicinali quali: .....

	<b>Sì</b>	<b>NO</b>
Attualmente si sottopone a controlli medici periodici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è già sentito/a male (sensazione di nausea per esempio) al punto di svenire durante una vaccinazione e/o un prelievo di sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Sì</b>	<b>NO</b>
<b>Prescrizione medica</b>		
E' in possesso di una prescrizione medica per la vaccinazione? (ad es. in caso di rischio vaccinale particolare o per cantoni che autorizzano la vaccinazione solo su prescrizione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Sì</b>	<b>NO</b>
<b>Malattie sottostanti</b>		
Si prega di rispettare le norme cantonali; dati facoltativi		
Soffre di un problema o di una malattia cronica? Se sì, quale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Disfunzione tiroidea <input type="checkbox"/> Malattia cardiovascolare <input type="checkbox"/> Malattia gastrointestinale <input type="checkbox"/> Malattia polmonare (ad es. asma, BPCO) <input type="checkbox"/> Malattia infiammatoria <input type="checkbox"/> Malattia metabolica (ad es. diabete, iperlipidemia) <input type="checkbox"/> Malattia del sistema nervoso centrale <input type="checkbox"/> Altre malattie, cioè: .....		

<b>C</b>	<b>Vaccinazione contro dTpa-IPV</b>	<b>Sì</b>	<b>NO</b>
	La vaccinazione di base (dTpa-IPV) è stata effettuata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sì		
	... e se un richiamo dTpa (con pertosse) non ha ancora avuto luogo		
	<input type="checkbox"/> In genere una dose unica di richiamo dTpa (con pertosse) tra 25–29 anni. Pure raccomandato per ogni persona da 16 anni in contatto regolare con lattanti nell'ambito delle sue attività professionali o private.		
	... e se un richiamo dTpa (con pertosse) ha già avuto luogo		
	<input type="checkbox"/> Richiamo dT ogni 20 anni fino ai 65 anni (in genere a 45 e 65 anni)		
	<input type="checkbox"/> A partire dai 65 anni: richiamo dT ogni 10 anni		
	Se no		
	<input type="checkbox"/> vaccinazione di recupero dT(pa) secondo il calendario vaccinale Se la persona non è vaccinata: 3 dosi a 0, 2 e 8 mesi, la prima con pertosse (dTpa), le due seguenti senza pertosse (dT). Poi vaccinazioni di richiamo.		
	<b>Vaccinazione dopo ferita</b>		
	<input type="checkbox"/> Vaccinazione dT(pa) dopo ferita secondo il calendario vaccinale		
	<b>Polio:</b> la vaccinazione di base contro la polio è stata effettuata?	<b>Sì</b>	<b>NO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sì		
	<input type="checkbox"/> vaccinazione di richiamo (in caso di esposizione, come dT(pa)-IPV secondo il calendario vaccinale)		
	Se no		
	<input type="checkbox"/> vaccinazione di recupero, eventualmente combinata con dT(pa)		

**Ulteriori informazioni sulla vaccinazione dTpa-IPV**  
**Dati facoltativi**

**SÌ**      **NO**

L'ultima vaccinazione dTpa-IPV è stata effettuata

- in farmacia?
- presso il medico di famiglia?
- all'ospedale
- altro?

E' stato specificamente motivato a vaccinarsi dalle prestazione della vaccinazione in farmacia?           

Ha un medico di famiglia?           

Commenti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## D Informazioni sugli effetti indesiderati e consenso del cliente

- Nei primi giorni dopo la vaccinazione possono comparire reazioni locali (arrossamento, gonfiore, dolore nel sito di iniezione) o manifestazioni generali (stanchezza, mal di testa e molto raramente febbre). Questi reazioni in genere sono innocue e transitorie.
- Reazioni più importanti (ad es. shock anafilattico) sono estremamente rare.
- Gonfiori estesi nel sito di vaccinazione possono comparire 48–72 ore dopo la somministrazione del vaccino contro difterite e tetano, se sono state somministrate più dosi di vaccino di quanto raccomandato o in persone che sviluppano una reazione forte al vaccino. Questa reazione è causata dall'intensa stimolazione del sistema immunitario. E' fastidiosa ma non pericolosa; si risolve nell'arco di qualche giorno.

**Se dovessero comparire sintomi che la preoccupano, informi immediatamente noi o un medico.**

**Ho preso atto delle informazioni sopra esposte e confermo di essere stato/a informato/a anche del prezzo della vaccinazione. Prima della vaccinazione ho avuto la possibilità di chiarire eventuali dubbi con il farmacista/medico che effettua il vaccino. Non ho altre domande. Con la mia firma dichiaro di accettare la somministrazione di questo vaccino.**

**Acconsento al trattamento dei miei dati in forma anonima a fini statistici.**

**Con la mia firma dichiaro che tutti i dati indicati nel questionario sono corretti e completi.**

Luogo/data: ..... Firma del(la) cliente: .....

## E Dati sull'esecuzione della vaccinazione

**Vaccinazione eseguita**

- Registrazione nella cartella elettronica di vaccinazione, compreso numero di lotto del vaccino
- Registrazione nel libretto di vaccinazione, compreso numero di lotto del vaccino

Nome del vaccino: ..... Numero di lotto del vaccino: Etichetta adesiva del vaccino

Commenti sulla vaccinazione: .....

**Vaccinazione non eseguita per la seguente ragione**

- malessere del cliente
- rischio vaccinale particolare (vedere punto B)
- rinuncia del cliente
- malattia sottostante/terapia di base
- vaccinazione non indicata per il cliente (target)

vaccinazione rimandata

paziente inviato al medico

Tempo approssimativo impiegato per la compilazione del questionario: ..... minuti

Luogo/data: ..... Firma del(la) farmacista di competenza: .....

**Effetto indesiderato dopo la vaccinazione** (reazione immediata o feedback del cliente)

- reazione locale
- reazione sistemica:
  - con richiesta di soccorso
  - incidente vaccinale notificato (farmacovigilanza, EIVIS)

Descrizione (incl. follow-up): .....

Data del feedback: .....

Questo documento deve essere conservato per almeno 10 anni o secondo le norme cantionali.