

Epatite A

Data:

Numero di cartella (dallo strumento online)

Questionario per la vaccinazione contro l'epatite A in farmacia

Informazioni sulla vaccinazione contro l'epatite A

Target: Per persone da 16 anni con maggiore rischio di esposizione e/o trasmissione (ad es. persone a contatto con soggetti a rischio o viaggiatori in paesi a endemicità medio-alta) e persone con maggiore rischio di complicazioni (persone affette di malattie epatiche).

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 cantionali

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:

	SÌ	NO
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"/>

Prescrizione medica	SÌ	NO
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"/>

Malattie sottostanti	SÌ	NO
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:		

 Vaccinazione contro l'epatite A	SÌ	NO
È già stato/a vaccinato/a in passato contro l'epatite A? (Schema vaccinale: 2 dosi a distanza di 6 mesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quale dose deve essere somministrata oggi?

1^a dose

2^a dose (min. 6 mesi dopo la 1^a vaccinazione)

Ulteriori informazioni sulla vaccinazione contro l'epatite A
Dati facoltativi

L'ultima vaccinazione contro l'epatite A 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

Sono frequenti reazioni locali (arrossamento, dolore, gonfiore) nel sito di iniezione. Più rari sono mal di testa, stanchezza o febbre. Inoltre possono comparire sintomi gastrointestinali come diarrea, nausea e vomito. Le complicazioni dopo la vaccinazione contro l'epatite A sono molto rare.

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

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 cantonali.