

Epatite A + B

Data:

Numero di cartella
(dallo strumento online)

Questionario per la vaccinazione contro epatite A + B in farmacia

Informazioni sulla vaccinazione contro epatite A + B

- Target: Per persone da 16 anni con maggiore rischio di esposizione, complicazioni e/o trasmissione che hanno un'indicazione alla vaccinazione contro epatite A e epatite B.
- Epatite A: ad es. persone da 16 anni a contatto con soggetti a rischio, viaggiatori in paesi a endemicità medio-alta.
- Epatite B: ad es. personale medico e infermieristico e tutte le persone a contatto con soggetti a rischio.
Vaccinazione di recupero negli adulti (dai 16 anni), senza limiti d'età, salvo in assenza di rischio di esposizione (3 dosi a 0, 1 e 6 mesi).

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:

	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"/>

	SÌ	NO
Prescrizione medica		
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"/>

	SÌ	NO
Malattie sottostanti		
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"/> Malattia cardiovascolare <input type="checkbox"/> Malattia polmonare (ad es. asma, BPCO) <input type="checkbox"/> Malattia metabolica (ad es. diabete, iperlipidemia) <input type="checkbox"/> Altre malattie, cioè:	<input type="checkbox"/> Disfunzione tiroidea <input type="checkbox"/> Malattia gastrointestinale <input type="checkbox"/> Malattia infiammatoria <input type="checkbox"/> Malattia del sistema nervoso centrale	

C	Vaccinazione contro epatite A + B	SÌ	NO
	È già stato/a vaccinato/a in passato contro epatite A + B? (schema vaccinale dai 16 anni: 3 dosi a 0, 1 e 6 mesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quale dose deve essere somministrata oggi?

1^a dose

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

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

Ulteriori informazioni sulla vaccinazione contro epatite A + B

Dati facoltativi

L'ultima vaccinazione contro epatite A + B 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha un medico di famiglia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 disturbi gastrointestinali come diarrea, nausea o vomito.

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

Le persone che possono venire a contatto con sangue di terzi (ad es. personale medico) sono state informate che si raccomanda di eseguire un controllo del tasso anticorpale degli anticorpi anti-HBs presso un medico entro 4 settimane.

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 cantonali.