



# COVID-19

## Informazioni sulle vaccinazioni e modulo di triage

### 1. Gruppi target per la vaccinazione

La vaccinazione anti-COVID-19 è raccomandata per i seguenti gruppi di persone in autunno/inverno (per maggiori dettagli, consultare il [calendario vaccinale svizzero](#) e il sito web dell'UFSP):

- Persone a partire dai 65 anni
- Persone a partire dai 16 anni con determinate malattie preesistenti \*
- Persone a partire dai 16 anni con trisomia 21
- Donne in gravidanza

\*Secondo l'elenco definito dall'UFSP nel documento "Categorie di persone vulnerabili".

La vaccinazione offre una **protezione contro le forme gravi della** malattia, ma non previene la trasmissione del virus o la comparsa di sintomi lievi o moderati. È improbabile che le persone senza fattori di rischio sviluppino una forma grave della malattia e quindi non hanno bisogno di essere vaccinate. Gli operatori sanitari possono essere vaccinati, anche se non ci sono raccomandazioni per loro.

Il momento ideale per la vaccinazione anti-COVID-19 è tra metà ottobre e dicembre e prevede **1 dose di vaccino**, indipendentemente dal numero di dosi già ricevute o da infezioni precedenti. Deve essere osservato **un intervallo minimo di 6 mesi** dopo l'ultima dose o l'infezione nota con SARS-CoV-2.

È consigliabile utilizzare un **vaccino a mRNA adattato alle varianti in circolazione e autorizzato** da Swissmedic.

► In linea di principio, la vaccinazione anti-COVID-19 e quella antinfluenzale possono essere effettuate contemporaneamente.

### 2. Dati del/della paziente (è possibile incollare l'etichetta paziente)

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Genere: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP, luogo: \_\_\_\_\_

Numero di telefono (opzionale): \_\_\_\_\_

E-mail (opzionale): \_\_\_\_\_

Numero paziente (opzionale): \_\_\_\_\_



### 3. Anamnesi

#### Criteri di esclusione

| Se almeno una risposta è "sì" ► è necessario un consulto medico.                                                                                                                                                                 | Sì | No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Ha meno di 16 anni?                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| Soffre di allergia alle proteine dell'uovo?<br>Il consulto medico è necessario solo se il vaccino contiene tracce di uova (ad es. ovalbumina).                                                                                   |    |    |
| Ha mai avuto una reazione grave durante o dopo la vaccinazione?                                                                                                                                                                  |    |    |
| È incinta o rischia di esserlo?<br>La somministrazione di un vaccino vivo a donne in gravidanza è controindicata.                                                                                                                |    |    |
| Soffre di un deficit immunitario o di una malattia?                                                                                                                                                                              |    |    |
| Ha un rischio aumentato di emorragia (ad esempio, ereditario)?                                                                                                                                                                   |    |    |
| Assume regolarmente: <ul style="list-style-type: none"><li>- un medicamento a base di cortisone (<math>\geq 20</math> mg/d di prednisone o equivalente)?</li><li>- un medicamento che sopprime il sistema immunitario?</li></ul> |    |    |
| Ha sviluppato miocardite/pericardite dopo 1 dose di vaccino COVID-19?<br>Il rinnovo di una vaccinazione è in linea di principio controindicato, a meno che uno specialista non consigli diversamente.                            |    |    |

| Se almeno una risposta è "sì" ► rimandare la vaccinazione | Sì | No |
|-----------------------------------------------------------|----|----|
| Si sente poco bene?                                       |    |    |
| Ha avuto la febbre nelle ultime 48 ore?                   |    |    |

#### Altri rischi vaccinali

##### ► Limitarsi alle norme cantionali

| Se almeno una risposta è "sì" ► consultare un medico, se necessario *                                                                                                                                                                                                                                         | Sì | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Ha in programma un'operazione nei prossimi giorni?                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |
| Assume regolarmente medicinali anticoagulanti (tranne Aspirina/Acido acetilsalilico)?<br>Se "sì": iniettare lentamente i.m. con un ago lungo e sottile (25G), non aspirare prima dell'iniezione, comprimere per almeno 2 minuti senza sfregare. Informare il paziente della possibile comparsa di un ematoma. |    |    |
| Soffre di condizioni o malattie croniche?                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |
| Assume regolarmente medicinali?                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |
| Ha una o più allergie?<br>In caso di allergia grave a un componente/materiale del vaccino, la vaccinazione è controindicata.                                                                                                                                                                                  |    |    |

**\*Se una o più di queste risposte sono "sì", si prega di specificare nelle osservazioni e di indicare se è disponibile una prescrizione medica.**

#### Osservazioni



#### 4. Vaccinazione contro COVID-19

Somministrare per via intramuscolare. Per ulteriori dettagli, consultare il sito web dell'UFSP.

##### Schema vaccinale

☐ **1 dose vaccino a mRNA adattato**

Per le persone affette da immunodeficienza grave, si applica uno schema speciale (vedere le raccomandazioni ufficiali dell'UFSP).

☐ Ev. data dell'ultima dose: \_\_\_\_\_

#### 5. Informazioni sulle reazioni avverse e sul consenso del/della paziente

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Molto comune</b><br><b>≥ 1/10</b> | Reazioni nel sito di iniezione: dolore, sensibilità, arrossamento, gonfiore.<br>Sintomi simil-influenzali: cefalea, affaticamento, mialgia, artralgia, ingrossamento dei linfonodi.<br>Brividi, febbre (con vaccini a mRNA)<br>Disturbi gastrointestinali (più frequenti con il vaccino a base proteica): diarrea, nausea/vomito. |
| <b>Raro</b><br><b>≥ 1/10 000</b>     | Miocardite/pericardite (osservata più frequentemente negli uomini giovani, di intensità lieve nella maggior parte dei casi).                                                                                                                                                                                                      |

Le reazioni allergiche gravi dopo la vaccinazione (anafilassi post-vaccinazione) sono estremamente rare.

Di norma, i sintomi sono da lievi a moderati e **scompaiono spontaneamente dopo 1-3 giorni**. Gli effetti avversi osservati sono generalmente meno frequenti nei bambini e negli anziani rispetto agli adolescenti e agli adulti. Secondo l'UFSP, il rischio di miocardite e pericardite è più elevato nei casi di infezione da SARS-CoV-2 che dopo la vaccinazione COVID-19.

► Se si manifestano segni di miocardite o pericardite, come **palpitazioni, mancanza di respiro o dolore al petto**, in particolare nelle due settimane successive alla vaccinazione, **consultate immediatamente un medico**.

► **In caso di altri sintomi preoccupanti, informate immediatamente la vostra farmacia o il vostro medico.**

##### Da compilare da parte del/della paziente:

- ☐ Ho letto le informazioni sopra riportate e confermo di essere stato/a adeguatamente informato/a. Tutte le mie domande sono state discusse in precedenza con il farmacista/medico. Non ho altre domande.
- ☐ Firmando, certifico che tutte le informazioni fornite nel questionario sono complete e veritiere e accetto di essere vaccinato/a.

**Luogo/data:**

**Firma:**



## 6. Dati relativi alla procedura di vaccinazione

- ☐ Vaccino somministrato

Nome del vaccino: \_\_\_\_\_ Lotto n.: \_\_\_\_\_

- ☐ Somministrazione intramuscolare nel muscolo deltoide (braccio superiore)

▶ Altro, specificare: \_\_\_\_\_

- ☐ Iscrizione nel libretto delle vaccinazioni

Data dell'iniezione, malattia da prevenire con la vaccinazione, nome e numero di lotto del vaccino, timbro della farmacia e firma.

Data della prossima dose di vaccino (se necessaria): \_\_\_\_\_

- ☐ Vaccino non somministrato, specificare:

**Luogo/data:**

\_\_\_\_\_

**Firma del farmacista:**

\_\_\_\_\_

**Timbro della farmacia:**

\_\_\_\_\_

## 7. Reazione avversa dopo la vaccinazione (reazione immediata o feedback della persona vaccinata)

- ☐ Reazione locale  
☐ Reazione sistemica  
☐ Necessita un contatto con i servizi di emergenza  
☐ Incidente post-vaccinazione annunciato (Farmacovigilanza, ELViS)    Data: \_\_\_\_\_

**Descrizione (compreso il follow-up):**

Data del feedback da parte della persona vaccinata: \_\_\_\_\_

Farmacista: \_\_\_\_\_