Società Svizzera dei Farmacisti
pharmaSuisse

dTp_a(-IPV)

Difterite-tetano-pertosse(-poliomielite)
Informazioni sulle vaccinazioni e modulo di triage

1. Gruppi target per la vaccinazione

La vaccinazione contro la difterite-tetano-pertosse-poliomielite (DTP_a-IPV) fa parte del programma di vaccinazione di base per i neonati ed è della massima importanza. Un vaccino esavalente DTP_a -IPV-Hib-HBV a 3 dosi è raccomandato prima dei 12 mesi di età. Il piano di vaccinazione svizzero prevede un richiamo nell'infanzia e uno nell'adolescenza.
In età adulta, **sono raccomandate anche diverse dosi di richiamo di dT (p_a)** *(vedi tabella riassuntiva sotto*). I richiami non somministrati in età adulta non devono essere ripetuti.

Periodo di vita	**Età**	**Dose di richiamo**
Infanzia	4-7 anni	1x DTP_a -IPV
Adolescenza	11-15 anni	1x DTP_a (-IPV)
Età adulta	25 anni	1x dTp_a
	Da 26 a 65 anni	1x dT* ogni 20 anni
	> 65 anni	1x dT* ogni 10 anni

*In caso di contatto professionale o familiare con neonati di età < 6 mesi, somministrare piuttosto un vaccino dTp_a. La vaccinazione controla pertosse (vaccino dTp_a) è raccomandata alle donne incinte in ogni gravidanza (2° trimestre).
*Se c'è il rischio di esposizione a poliovirus circolanti durante un viaggio, la vaccinazione di richiamo IPV è raccomandata anche per gli adulti.

In caso di infortunio, può essere indicata anche una vaccinazione di richiamo contro il tetano (dopo aver valutato la protezione contro il tetano secondo il piano di vaccinazione svizzero).

Per i **bambini/adulti non vaccinati o non completamente vaccinati,** si raccomanda **la vaccinazione di recupero con** DTP_a-IPV(-Hib-HBV) / rispettivamente dTp_a-(IPV). Il numero di dosi e il tipo di vaccino da somministrare dipendono dall'età e dalla storia vaccinale (*vedi calendario vaccinale svizzero).*

▶ Se la vaccinazione è aggiornata, i vaccini combinati offrono una protezione del 90% contro la difterite, del 98% contro il tetano, del 95% contro la poliomielite e del 90% contro le forme gravi di pertosse.

▶ vaccino dT non disponibile: utilizzare un vaccino dTp_a, dT-IPV o dTp_a -IPV. Le raccomandazioni sostitutive per la vaccinazione dT sono state elaborate dall'UFSP. Sono disponibili sul sito web dedicato (*"Vaccinazione diadolescenti e adulti contro la difterite e il tetano in caso di non disponibilità del vaccino dT")*

2. Dati del 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): _____

Questo documento deve essere conservato per **20 anni** o secondo le disposizioni cantonali.

3. Anamnesi

☐ La persona da vaccinare è affetta da una lesione acuta **con un basso rischio di tetano.**

▶ Vaccinare contro il tetano se l'ultima dose è stata somministrata ≥10 anni fa per le persone di 16-25 anni e ≥65 anni o ≥20 anni fa per le persone di 26-64 anni.

☐ La persona da vaccinare è affetta da una lesione acuta **ad alto rischio* di tetano**

*Definizione nel piano vaccinale svizzero (ad esempio, ferite profonde e/o ferite sporche di polvere, terra, saliva, feci, ecc.)

▶ Vaccinare contro il tetano se l'ultima dose è stata somministrata ≥5 anni fa per le persone di 16-25 anni e ≥65 anni o ≥10 anni fa per le persone di 26-64 anni.

▶ **Si raccomanda vivamente di indirizzare il paziente a un medico.**

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? 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? La somministrazione di un vaccino vivo a donne in gravidanza è controindicata.	○	○
Soffre di un deficit immunitario o di una malattia immunitaria?	○	○
Ha un rischio aumentato di emorragia (ad esempio, ereditario)?	○	○
Assume regolarmente: - un medicamento a base di cortisone (≥20 mg/d, ovvero prednisone o equivalente)? - un medicamento che sopprime il sistema immunitario?	○	○

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 cantonali**

Se almeno una risposta è "**sì**" ▶ **consultare un medico, se necessario *.**	Sì	No
Ha in programma un'operazione nei prossimi giorni?	○	○
Assume regolarmente medicamenti anticoagulanti (tranne Aspirina/Acido acetilsalicilico)? 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 medicamenti?	○	○
Ha una o più allergie? 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

Questo documento deve essere conservato per **20 anni** o secondo le disposizioni cantonali.

4. Vaccinazione contro dTp$_a$ (-IPV)

Programma di vaccinazione

☐ **Vaccinazione di base (DTP$_a$ -IPV) completata**

Età all'ultima dose: _____

Tempo trascorso dall'ultima dose: _____

Tipo di vaccino: _____

Vaccinazione di richiamo:

☐ dT ☐ dTp$_a$ ☐ dT – IPV ☐ dTp$_a$ – IPV

Ev. precisare l'indicazione:

☐ **Vaccinazione di base (DTP$_a$ -IPV) non completata** ▶ Controllare il calendario vaccinale svizzero*

Età alla 1ª dose: _____

Numero di dosi già ricevute: _____

Tempo trascorso dall'ultima dose (vaccinazione dT): _____

Vaccinazione combinato scelto:

☐ dT ☐ dTp$_a$ ☐ dT – IPV ☐ dTp$_a$ – IPV

☐ **Vaccinazione di base (DTP$_a$ -IPV) mai iniziata** ▶ Controllare il calendario vaccinale svizzero*

Vaccinazione di recupero per adulti non vaccinati (intervalli min. 0, 2, 8 mesi):

N° dose	**Vaccino combinato scelto**			
☐ 1ère dose (M0)	☐ dT	☐ dTp$_a$	☐ dT – IPV	☐ dTp$_a$ – IPV
☐ 2ème dose (M2)	☐ dT	☐ dTp$_a$	☐ dT – IPV	☐ dTp$_a$ – IPV
☐ 3ème dose (M8)	☐ dT	☐ dTp$_a$	☐ dT – IPV	☐ dTp$_a$ – IPV

*Il schema di vaccinazione dipende dall'anamnesi, dall'età, dal numero di dosi già ricevute e dall'età alla 1ª dose *(vedi Piano di vaccinazione svizzero, Tabella 2 "Schemi per le vaccinazioni di recupero nei bambini e negli adulti **non vaccinati**" / Tabella 4 "Schemi per le vaccinazioni di recupero dT (p$_a$)-IPV negli adulti **vaccinati in modo incompleto** o negli adulti con stato vaccinale sconosciuto").*

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

Molto comune ≥1/10	Reazioni nel sito di iniezione: dolore, arrossamento, gonfiore, indurimento. Sintomi simil-influenzali: cefalea, febbre lieve, affaticamento, malessere.
Comune ≥1/100	Sintomi gastrointestinali e nausea. Vertigini.
Occasionale ≥1/1000	Infezioni delle vie respiratorie superiori, faringite, tosse, linfoadenopatia (ingrossamento dei linfonodi), febbre >39°C, sudorazione dei piedi, vomito, diarrea. Artralgia, mialgia, rigidità muscolo-scheletrica. Eruzione cutanea, prurito
Raro ≥1/10 000	Orticaria, angioedema (gonfiore dei tessuti sottocutanei).

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

Gli effetti collaterali di tutti i vaccini combinati (dTp$_a$ -IPV) sono simili e paragonabili a quelli di altri vaccini. Compaiono poche ore dopo la vaccinazione e scompaiono generalmente entro 2-3 giorni.

▶ **In caso di sintomi preoccupanti, vogliate informare 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:**

Questo documento deve essere conservato per **20 anni** o secondo le disposizioni cantonali.

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/della farmacista: _____

Timbro della farmacia: _____

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

☐ Reazione locale
☐ Reazione sistemica
☐ Necessita il contatto con i servizi di emergenza
☐ Incidente post-vaccinale segnalato (Farmacovigilanza, ElViS) Data: _____

Descrizione (compreso il follow-up):

Data del riscontro da parte della persona vaccinata: _____

Farmacista: _____

Questo documento deve essere conservato per **20 anni** o secondo le disposizioni cantonali.