

FSME

Questionario per la vaccinazione FSME in farmacia

Data:

Numero di cartella
(dallo strumento online)

Informazioni sulla vaccinazione contro la meningoencefalite da zecche (FSME)

La vaccinazione contro la meningoencefalite da zecche (o meningoencefalite vernoestiva, o FSME dal tedesco Früh-Sommer-Meningoencephalitis) è raccomandata per le persone da 16 anni a rischio d'esposizione che abitano o soggiornano temporaneamente in una zona a rischio (tutti i cantoni tranne Ginevra e Ticino).

La vaccinazione contro la FSME garantisce una protezione di almeno il 95%. All'inizio sono necessarie tre dosi di vaccino e in seguito in genere una vaccinazione di richiamo ogni dieci anni.

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

Criteria di esclusione temporanea

Se «sì» → rinvio della vaccinazione

SÌ **NO**

Non si sente bene?

Nelle ultime 48 ore ha avuto febbre?

Vaccinazione dopo un morso di zecca:

La vaccinazione (prima dose o dosi successive) dopo un morso di zecca viene raccomandata ufficialmente dagli esperti Infovac. Obiettivo: consentire alla persona una protezione vaccinale il più rapidamente possibile. Si prega di rispettare le seguenti indicazioni e di informare i propri clienti:

- la vaccinazione non protegge dalla precedente infezione da morso di zecca (non è una profilassi post-esposizione);
- un'infezione FSME non può essere causata dal vaccino contro la FSME (vaccino inattivato). Il periodo d'incubazione di una FSME è di 7-14 giorni.
- La vaccinazione in caso di infezione in seguito al morso di zecca non ha un'influenza positiva o negativa confermata sul decorso della malattia.

Criteria di esclusione

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

SÌ **NO**

Ha un'allergia:

→ all'albumine?★

→ 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 medicinale che inibisce le difese immunitarie?★

→ altri medicinali quali:

Attualmente si sottopone a controlli medici periodici?

Si è già sentito/a male (sensazione di nausea per esempio) al punto di svenire durante una vaccinazione e/o un prelievo di sangue?

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)

Malattie sottostanti

Si prega di rispettare le norme cantionali; dati facoltativi

SÌ

NO

Soffre di un problema o di una malattia cronica?

Se sì, quale?

Ipertensione

Disfunzione tiroidea

Malattia cardiovascolare

Malattia gastrointestinale

Malattia polmonare

Malattia infiammatoria

(ad es. asma, BPCO)

Malattia del sistema nervoso centrale

Malattia metabolica (ad es. diabete, iperlipidemia)

Altre malattie, cioè:



Vaccinazione FSME

SÌ

NO

È già stato/a vaccinato/a in passato contro la FSME?

Immunizzazione di base

Inizio dell'immunizzazione di base nella stagione fredda → schema vaccinale standard

Inizio dell'immunizzazione di base nella stagione calda → schema vaccinale accelerato

Schema vaccinale standard

- 1^a dose di vaccino
- 2^a dose di vaccino, 1–3 mesi (Encepur® e FSME-Immun CC®) dopo la 1^a vaccinazione
- 3^a dose di vaccino, a seconda del vaccino min. 5–12 mesi (FSME-Immun CC®) o 9–12 mesi (Encepur®) dopo la 2^a vaccinazione

Commento:

i vaccini sono intercambiabili in qualunque momento. In tal caso bisogna tenere conto dei rispettivi intervalli tra le vaccinazioni.

Schemi vaccinali accelerati (secondo le specifiche del produttore)

Encepur®

- 1^a dose di vaccino
- 2^a dose di vaccino, giorno 7 dopo la 1^a dose
- 3^a dose di vaccino, giorno 21 dopo la 1^a dose
- 4^a dose di vaccino, 12–18 mesi dopo la 3^a dose di vaccino (prima vaccinazione di richiamo)

Successivamente vaccinazioni di richiamo ogni 10 anni

FSME-Immun CC® / Encepur®*

- 1^a dose di vaccino
- 2^a dose di vaccino, 14 giorni dopo la 1^a dose
- 3^a dose di vaccino, 5–12 / 9–12* mesi dopo la 2^a dose

Successivamente vaccinazioni di richiamo periodiche ogni 10 anni

Vaccinazione di richiamo

- Vaccinazioni di richiamo dopo immunizzazione di base completa ogni 10 anni

Commento: i vaccini sono intercambiabili in qualunque momento.

Ulteriori informazioni sulla vaccinazione FSME

SÌ

NO

Dati facoltativi

L'ultima vaccinazione FSME 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

- Le reazioni nel sito di iniezione (dolore, arrossamento, prurito) sono frequenti e generalmente scompaiono nell'arco di 2 giorni.
- Le reazioni che interessano tutto il corpo (febbre, dolori muscolari, malessere, mal di testa) compaiono in ca. il 5% dei vaccinati; raramente durano più di 2 giorni.
- Effetti indesiderati gravi (orticaria, gonfiore, asma, shock, disturbi neurologici ecc.) sono estremamente rari.

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 cantonali.