

# Influenza

Data: .....

Numero di cartella  
(dallo strumento online)

## Questionario per la vaccinazione antinfluenzale in farmacia

### Informazioni sulla vaccinazione antinfluenzale

La vaccinazione antinfluenzale stagionale è raccomandata per le persone da 16 anni ; in particolare per (contrassegnare con una crocetta le voci pertinenti):

- persone dai 65 anni in su
- persone che per motivi professionali o privati hanno regolarmente contatti con persone a maggiore rischio di complicazioni o con neonati <6 mesi
- operatori sanitari, personale di asili nido, case di riposo e di cura ecc.
- tutte le persone che vogliono ridurre il proprio rischio di contrarre l'influenza
- persone con determinate malattie croniche (vedere piano di vaccinazione)

### 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:

→ all'albume?★

→ 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: .....

	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>
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"/>

<b>Prescrizione medica</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>
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"/>

<b>Malattie sottostanti</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>
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"/> Iperensione <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: .....		

 <b>Ulteriori informazioni sulla vaccinazione antinfluenzale</b> Dati facoltativi	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>
È la prima volta che si fa vaccinare contro l'influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L'ultima vaccinazione antinfluenzale è stata effettuata</b>		
<input type="checkbox"/> in farmacia? <input type="checkbox"/> presso il medico di famiglia? <input type="checkbox"/> all'ospedale <input type="checkbox"/> altro?		
E' stato specificamente motivato a vaccinarsi dalle prestazioni 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

- Le reazioni nel sito di iniezione (dolore, arrossamento, prurito) sono frequenti e scompaiono in genere nell'arco di 2 giorni.
- Le reazioni generali (febbre, dolori muscolari, malessere) compaiono in ca. il 5% dei vaccinati; raramente durano più di 2 giorni.
- Effetti indesiderati gravi (orticaria, gonfiore, asma, shock) compaiono estremamente di rado. Il nesso causale tra paralisi (sindrome di Guillain-Barré, SGB) e la vaccinazione antinfluenzale non è chiaramente dimostrato; la frequenza del SGB è stimata a un caso per milione di persone vaccinate.

**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
- Registrazione nel libretto / nella cartella di vaccinazione non richiesta

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

Quanto chiede per una vaccinazione antinfluenzale?

≤30 CHF  31 – 40 CHF  41 – 50 CHF  >50 CHF

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.