

Influenza

Modulo informativo e di triage per la vaccinazione

1. Gruppi target della vaccinazione

La **raccomandazione per la vaccinazione contro l'influenza stagionale** è definita annualmente dall'UFSP. La vaccinazione contro l'influenza stagionale è generalmente raccomandata per le persone a partire dai 16 anni, in particolare per:

- Persone di età pari o superiore a 65 anni
- Persone che, per motivi professionali o privati, hanno contatti regolari con persone a rischio con un aumentato rischio di complicazioni o con neonati di età inferiore ai 6 mesi
- Dipendenti del settore sanitario, asili nido, case di riposo e di cura, ecc.
- Tutti coloro che vogliono ridurre il rischio di contrarre l'influenza
- Persone affette da alcune malattie croniche (vedi calendario vaccinale)
- Persone a contatto regolare con pollame o uccelli selvatici
- Donne incinte e donne che hanno partorito nelle ultime 4 settimane

Il **periodo ideale** per la vaccinazione contro l'influenza stagionale va da metà ottobre fino all'inizio dell'ondata influenzale.

La vaccinazione antinfluenzale offre una protezione che dipende dall'età e dallo stato di salute, nonché dai ceppi di virus influenzale attualmente in circolazione. Secondo gli studi, l'efficacia è stimata tra il 20 e l'80%, a seconda della stagione e delle persone vaccinate. Nonostante l'efficacia ridotta della vaccinazione nelle persone con un sistema immunitario indebolito, negli anziani o nelle persone con malattie croniche, i loro sintomi sono spesso attenuati in caso di infezione e le complicazioni gravi sono meno comuni (maggiori informazioni su www.vaccinarsicontrolinfluenza.ch).

I vaccini antinfluenzali autorizzati in Svizzera sono inattivati. Sono composti da frammenti di virus influenzale provenienti da quattro diversi ceppi di virus influenzale (quadrivalente). Il vaccino Efluelda® contiene una quantità maggiore di antigene ed è autorizzato per le persone di età superiore ai 65 anni. I virus dell'influenza cambiano continuamente. Il vaccino viene quindi adattato per l'autunno in base alle ultime raccomandazioni dell'OMS.

► Il vaccino antinfluenzale può essere somministrato contemporaneamente, prima o dopo la vaccinazione contro Covid-19.

2. Dati personali del paziente (è possibile incollare l'etichetta del paziente)

Cognome: _____

Nome: _____

Sesso: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

CAP, città: _____

Numero di telefono (opzionale): _____

E-mail (opzionale): _____

N. Paziente (opzionale): _____

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



3. Anamnesi

Criteri di esclusione

| Se «Sì» ad almeno una domanda ► È necessario un consulto medico | Sì | No |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Ha meno di 16 anni? | | |
| È allergico/a alle proteine dell'uovo di gallina? | | |
| Il consulto medico è necessario solo se il vaccino contiene tracce di uova di gallina (esempio: ovalbumina). | | |
| Ha mai avuto una reazione grave durante o dopo una vaccinazione? | | |
| È incinta o è probabile che lo sia? | | |
| La somministrazione di un vaccino vivo a donne in gravidanza è controindicata. | | |
| Soffre di un deficit immunitario o di una malattia? | | |
| Presenta un rischio aumentato di emorragia (ad esempio, ereditario)? | | |
| Assume regolarmente: | | |
| - un medicamento con cortisone (≥ 20 mg/d, prednisone o equivalente)? | | |
| - un medicamento che inibisce le difese immunitarie? | | |

| Se «Sì» ad almeno una domanda ► Rimandare la vaccinazione | Sì | No |
|-----------------------------------------------------------|----|----|
| Si sente poco bene? | | |
| Ha avuto la febbre nelle ultime 48 ore? | | |

Altri rischi da vaccinazione

Osservare le norme cantionali

| Se «Sì» ad almeno una domanda ► consultare un medico, se necessario * | Sì | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Ha in programma un'operazione nei prossimi giorni? | | |
| Assume regolarmente anticoagulanti (eccetto aspirina/acido acetilsalilico)? | | |
| Se "sì": iniettare lentamente i.m. con una cannula sottile e lunga (25G), non aspirare prima dell'iniezione, comprimere per almeno 2 minuti senza sfregare. Informare la persona vaccinata che potrebbe verificarsi un ematoma. | | |
| Soffre di una malattia di base o cronica? | | |
| Assume regolarmente farmaci? | | |
| Soffre di una o più allergie? | | |
| La vaccinazione è controindicata in caso di grave allergia a un componente/vettore del vaccino. | | |

*Se una o più di queste risposte è "Sì", specificare nelle osservazioni se è disponibile una prescrizione medica.

Osservazioni



4. Vaccinazione contro l'influenza stagionale

Somministrare per via intramuscolare. Ulteriori dettagli sono disponibili nel [calendario vaccinale svizzero](#) attualmente in vigore.

Schema vaccinale

- ☐ 1 dose di vaccino quadrivalente
- ☐ 1 dose di vaccino quadrivalente ad alto dosaggio (Efluelda®)

5. Informazioni sugli effetti avversi e consenso del paziente

| | |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Molto comune ≥ 1/10 | Reazioni nel sito di iniezione: dolore e ipersensibilità. Altri sintomi: cefalea, dolore muscolare, malessere generale. |
| Frequente ≥ 1/100 | Reazioni nel sito di iniezione: arrossamento, gonfiore, indurimento. Altri sintomi: Nausea, diarrea, affaticamento, sudorazione, brividi, febbre |
| Occasionale ≥ 1/1000 | Sanguinamento nel sito di iniezione, eruzione cutanea, prurito Altri sintomi: vertigini, vomito |
| Raro ≥ 1/10 000 | Reazioni nel sito di iniezione: disturbi della sensibilità e sensazione di calore. |

Reazioni allergiche gravi (anafilattiche) ed effetti collaterali seri (ad esempio sindrome di Guillain-Barré) dopo la vaccinazione sono estremamente rari.

La frequenza di alcuni effetti avversi può variare leggermente a seconda del vaccino utilizzato. In generale, i sintomi sono da lievi a moderati e scompaiono **spontaneamente dopo 1 o 3 giorni**.

► **In caso di sintomi preoccupanti, informare immediatamente la farmacia o il medico.**

Area da compilare da parte del/della paziente:

- ☐ Ho preso atto delle informazioni sopra riportate e confermo di essere stato/a sufficientemente informato/a. Ho potuto chiarire in anticipo eventuali domande con un professionista. Non ho altre domande.
- ☐ Con la mia firma, dichiaro che tutti i dati inseriti nel questionario sono corretti e completi. Accetto di essere vaccinato/a.

Luogo/data:

Firma:



6. Informazioni sul fascicolo vaccinale

- ☐ Vaccinazione effettuata

Nome del vaccino: _____ Ch.-N.: _____

- ☐ Somministrazione intramuscolare nel muscolo deltoide (braccio superiore)

▶ Altro, specificare: _____

- ☐ Inserimento nel libretto delle vaccinazioni

Data dell'iniezione, malattia da prevenire, nome e numero di codice del vaccino, timbro della farmacia e firma.

Data di somministrazione della dose di vaccinazione successiva (se prevista): _____

- ☐ Vaccinazione non effettuata, indicare i motivi:

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
☐ Necessaria la consultazione del pronto soccorso
☐ Segnalazione di effetti avversi (Farmacovigilanza, ELViS)

Data: _____

Descrizione (compreso il follow-up):

Data di feedback della persona vaccinata:

Farmacista:
