



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:	<hr/>
Nome:	<hr/>
Sesso:	<hr/>
Data di nascita:	<hr/>
Indirizzo:	<hr/>
CAP, città:	<hr/>
Numero di telefono (opzionale):	<hr/>
E-mail (opzionale):	<hr/>
N. Paziente (opzionale):	<hr/>

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



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 cantonali

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

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: _____