Società Svizzera
dei Farmacisti
pharmaSuisse

Epatite A/B

Informazioni sulle vaccinazioni e modulo di triage

1. Gruppi target per la vaccinazione

La vaccinazione contro l'epatite A è raccomandata a partire dall'età di un anno in **situazioni particolari.**Consiste in 2 dosi, a distanza di 6 mesi (3 dosi a partire dai 16 anni con il vaccino combinato).
La vaccinazione contro l'epatite B è raccomandata come vaccinazione di base **per tutti i neonati** e gli adolescenti (tra gli 11 e i 15 anni) non vaccinati. È inoltre raccomandata **a qualsiasi età in cui vi sia un rischio di esposizione**. Il calendario prevede 3 dosi a 0, 1 e 6 mesi, indipendentemente dal vaccino utilizzato (monovalente o combinato).

Le **situazioni a rischio di esposizione e/o complicazioni** da epatite A/B si sovrappongono *(dettagli nel calendario vaccinale svizzero)*. Per questo motivo la vaccinazione combinata (epatite A + B) dovrebbe essere presa in considerazione ogni volta che una delle due è indicata. Il vaccino combinato e le vaccinazioni effettuate in viaggio o per motivi professionali non sono coperti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria.

Persone a rischio aumentato di complicazioni o di esposizione	**Epatite A**	**Epatite B**
Persone affette da malattie epatiche croniche	✓	✓
Persone affette da immunodeficienza/sottoposte a immunosoppressione	✓	✓
In caso di viaggi in aree endemiche	✓	✓
Persone a stretto/frequente contatto con la popolazione locale o con persone provenienti da paesi altamente endemici.	✓	✓
Persone affette da emofilia o in dialisi		✓
Bambini provenienti da paesi endemici che vivono in Svizzera e tornano temporaneamente nel loro paese d'origine	✓	✓
Consumatori di droga	✓	✓
Persone a stretto/frequente contatto professionale con consumatori di droga	✓	✓
Persone che cambiano regolarmente partner sessuale		✓
Uomini che hanno rapporti sessuali con uomini	✓	✓
Addetti alle condutture e agli impianti di trattamento delle acque	✓	
Personale di laboratorio che lavora con il virus dell'epatite A	✓	
Personale medico, infermieristico o di laboratorio di analisi mediche		✓
Assistenti sociali e personale di istituti per disabili mentali		✓
Personale penitenziario e detenuti.		✓

▶ **In caso di viaggio,** verranno forniti consigli adeguati sui rischi e sui comportamenti da adottare prima, durante e dopo il viaggio *(informazioni dettagliate sul seguente sito healthytravel.ch)*.

2. Dati del/della 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.

Società svizzera dei farmacisti pharmaSuisse 07/2025

3. Anamnesi

☐ La persona è stata esposta al virus **dell'epatite A** meno di una settimana fa.
Rivolgere la persona interessata a un medico (la vaccinazione di prevenzione secondaria entro 7 giorni dall'esposizione è possibile su consiglio del medico).

☐ La persona è stata esposta al rischio di **epatite B** a seguito di un contatto accidentale con sangue o fluidi corporei attraverso la pelle, le membrane percutanee o mucose: **emergenza medica!**

Criteri di esclusione

Se almeno una risposta è "**sì**", ▶ **è necessaria una consultazione medica**	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?	○	○
Ha un rischio aumentato di emorragia (ad esempio, ereditario)?	○	○
Assume regolarmente: - un medicamento a base di cortisone (≥20 mg/d, come prednisone o equivalente)? - un medicamento che sopprime il sistema immunitario?	○	○

Se almeno una risposta è "**sì**" ▶ **rimandare la vaccinazione**	Sì	No
Non si sente bene?	○	○
Ha avuto la febbre nelle ultime 48 ore?	○	○

Altri rischi del vaccino

▶ **Si prega di fare riferimento 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 farmaci 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/la 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 precisare 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 l'epatite A/B

Somministrare per via intramuscolare. Per maggiori dettagli, consultare l'attuale calendario vaccinale svizzero.

Schema vaccinale (valido a partire dal 16° anno di età)

☐ **Epatite A+B vaccino combinato**	☐ **Epatite A vaccino monovalente**	☐ **Epatite B vaccino monovalente**
☐ 1ª dose ☐ 2ª dose (1 mese dopo la 1ª) ☐ 3ª dose (5 mesi dopo la 2ª)	☐ 1ª dose ☐ 2ª dose (6 mesi dopo la 1ª)	☐ 1ª dose ☐ 2ª dose (1 mese dopo la 1ª) ☐ 3ª dose (5 mesi dopo la 2ª)

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

Molto comune ≥1/10	Reazioni nel sito di iniezione: dolore e arrossamento. Sintomi sistemici: cefalea, affaticamento, irritabilità.
Comune ≥1/100	Reazioni nel sito di iniezione: gonfiore e indurimento. Sintomi simil-influenzali: sonnolenza, malessere, febbre, disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea), perdita di appetito.
Occasionale ≥1/1000	Sintomi simil-influenzali: vertigini, mialgia, rigidità dell'apparato muscolo-scheletrico, altri disturbi gastrointestinali (diarrea, dolore addominale), infezioni delle vie respiratorie superiori, rinite.
Raro ≥1/10 000	Altri sintomi simil-influenzali: linfoadenopatia (linfonodi ingrossati), artralgia, brividi. Eruzioni cutanee, prurito, orticaria. Ipotensione, parestesia (disturbi sensoriale).

Le reazioni allergiche gravi dopo la vaccinazione (anafilassi post-vaccinazione) sono estremamente rare.
Numerosi studi hanno dimostrato che la vaccinazione contro l'epatite B non aumenta il rischio di malattie autoimmuni.

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

▶ **In caso di sintomi preoccupanti, informate 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.

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 un contatto con i servizi di emergenza
☐ Incidenti post-vaccinazione segnalato (Farmacovigilanza, ElViS) Data: _____

Descrizione (compreso il follow-up):

Data del feedback da parte della persona vaccinata: _____

Farmacista: _____

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