

Epatite B

Data:

Numero di cartella
(dallo strumento online)

Questionario per la vaccinazione contro l'epatite B in farmacia

Informazioni sulla vaccinazione contro l'epatite B

Target: Per persone da 16 anni con maggiore rischio di esposizione e/o trasmissione (ad es. personale medico e infermieristico e tutte le persone a contatto con soggetti a rischio) e persone con maggiore rischio di complicazioni (persone affette da malattie epatiche).

Vaccinazione di recupero negli adulti (dai 16 anni), senza limiti d'età, salvo in assenza di rischio di esposizione (3 dosi a 0, 1 e 6 mesi).

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 cantionali

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:

→ 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 medicamento che inibisce le difese immunitarie?*

→ altri medicinali quali:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SÌ | NO |
| 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"/> |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Malattie sottostanti | SÌ | NO |
| 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"/> Ipertensione <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: | | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C Vaccinazione contro l'epatite B | SÌ | NO |
| È già stato/a vaccinato/a in passato contro l'epatite B? (schema vaccinale dai 16 anni: 3 dosi a 0, 1 e 6 mesi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quale dose deve essere somministrata oggi?

1^a dose

2^a dose (min. 1 mese dopo la 1^a vaccinazione)

3^a dose (min. 6 mesi dopo la 1^a vaccinazione)

Ulteriori informazioni sulla vaccinazione contro l'epatite B
Dati facoltativi

L'ultima vaccinazione contro l'epatite B 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? | <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

Sono frequenti reazioni locali (arrossamento, dolore, gonfiore) nel sito di iniezione. Più rari sono mal di testa, stanchezza o febbre. Queste reazioni scompaiono dopo 1–3 giorni. Una reazione allergica grave a un componente del vaccino è estremamente rara (1–2 casi/milione di dosi di vaccino).

Se dovessero comparire sintomi che la preoccupano, informi immediatamente noi o un medico.

Le persone che possono venire a contatto con sangue di terzi (ad es. personale medico) sono state informate che si raccomanda di eseguire un controllo del tasso anticorpale degli anticorpi anti-HBs presso un medico entro 4 settimane.

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.