

Difterite / Tetano / Pertosse / Poliomielite

Questionario per la vaccinazione dTpa-IPV in farmacia

Informazioni sulla vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse e/o poliomielite (dT, dTpa o dTpa-IPV)

Target: Persone adulte a partire dai 16 anni come vaccinazione di recupero o di richiamo.
Come vaccinazione di richiamo dTpa per i giovani adulti tra 25 e 29 anni. Pure raccomandato a tutte le persone – per motivi professionali o familiari – in contatto regolare con lattanti <6 mesi. In seguito come vaccinazione di richiamo dT ogni 20 anni fino ai 65 anni, poi a partire dai 65 anni ogni 10 anni.
La vaccinazione di base contro la poliomielite necessita di 3–5 dosi a seconda dell'età alla vaccinazione.
Una vaccinazione di richiamo con la componente poliomielite (-IPV) è raccomandata ogni 10 anni in caso di viaggio in zone a rischio (vedi lista OMS).

Vaccinazione: I vaccini contro difterite, tetano, pertosse e poliomielite offrono una protezione efficace (superiore al 95% contro difterite, tetano e poliomielite; 85% contro pertosse).

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:

- a medicamenti?
- 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 medicamenti?

Assume regolarmente:

- un anticoagulante (a parte l'aspirina)?*
- cortisone (≥20mg/d, prednisone o equivalente)?*
- un medicamento che inibisce le difese immunitarie?*
- altri medicamenti quali:

Numero di cartella
(dallo strumento online)

	SÌ	NO
Attualmente si sottopone a controlli medici periodici? 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 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

Si prega di rispettare le norme cantonali; dati facoltativi

SÌ

NO

Soffre di un problema o di una malattia cronica?

Se sì, quale?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione
<input type="checkbox"/> Malattia cardiovascolare
<input type="checkbox"/> Malattia polmonare
(ad es. asma, BPCO)
<input type="checkbox"/> Malattia metabolica (ad es. diabete, iperlipidemia)
<input type="checkbox"/> Altre malattie, cioè: | <input type="checkbox"/> Disfunzione tiroidea
<input type="checkbox"/> Malattia gastrointestinale
<input type="checkbox"/> Malattia infiammatoria
<input type="checkbox"/> Malattia del sistema nervoso centrale |
|--|---|

Vaccinazione contro dTpa-IPV

SÌ

NO

La vaccinazione di base (dTpa-IPV) è stata effettuata?

Se sì

- ... e se un richiamo dTpa (con pertosse) non ha ancora avuto luogo
- In genere una dose unica di richiamo dTpa (con pertosse) tra 25–29 anni. Pure raccomandato per ogni persona da 16 anni in contatto regolare con lattanti nell'ambito delle sue attività professionali o private.

... e se un richiamo dTpa (con pertosse) ha già avuto luogo

- Richiamo dT ogni 20 anni fino ai 65 anni (in genere a 45 e 65 anni)
 A partire dai 65 anni: richiamo dT ogni 10 anni

Se no

- vaccinazione di recupero dT(pa) secondo il calendario vaccinale
 Se la persona non è vaccinata: 3 dosi a 0, 2 e 8 mesi, la prima con pertosse (dTpa), le due seguenti senza pertosse (dT). Poi vaccinazioni di richiamo.

Vaccinazione dopo ferita

- Vaccinazione dT(pa) dopo ferita secondo il calendario vaccinale

SÌ

NO

Polio: la vaccinazione di base contro la polio è stata effettuata?

Se sì

- vaccinazione di richiamo (in caso di esposizione, come dT(pa)-IPV secondo il calendario vaccinale)

Se no

- vaccinazione di recupero, eventualmente combinata con dT(pa)

Ulteriori informazioni sulla vaccinazione dTpa-IPV

Dati facoltativi

SI **NO**

L'ultima vaccinazione dTpa-IPV è stata effettuata

- in farmacia?
- presso il medico di famiglia?
- all'ospedale
- altro?

E' stato specificamente motivato a vaccinarsi dalle prestazioni della vaccinazione in farmacia?

Ha un medico di famiglia?

Commenti:

.....
.....
.....
.....

D Informazioni sugli effetti indesiderati e consenso del cliente

- Nei primi giorni dopo la vaccinazione possono comparire reazioni locali (arrossamento, gonfiore, dolore nel sito di iniezione) o manifestazioni generali (stanchezza, mal di testa e molto raramente febbre). Questi reazioni in genere sono innocue e transitorie.
- Reazioni più importanti (ad es. shock anafilattico) sono estremamente rare.
- Gonfiori estesi nel sito di vaccinazione possono comparire 48–72 ore dopo la somministrazione del vaccino contro difterite e tetano, se sono state somministrate più dosi di vaccino di quanto raccomandato o in persone che sviluppano una reazione forte al vaccino. Questa reazione è causata dall'intensa stimolazione del sistema immunitario. È fastidiosa ma non pericolosa; si risolve nell'arco di qualche giorno.

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.**
- **Accordo 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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> malessere del cliente | <input type="checkbox"/> rischio vaccinale particolare (vedere punto B) | <input type="checkbox"/> rinuncia del cliente |
| <input type="checkbox"/> malattia sottostante/terapia di base | <input type="checkbox"/> vaccinazione non indicata per il cliente (target) | |
| <input type="checkbox"/> vaccinazione rimandata | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> reazione locale | <input type="checkbox"/> reazione sistemica:
<input type="checkbox"/> con richiesta di soccorso
<input type="checkbox"/> incidente vaccinale notificato (farmacovigilanza, ElViS) |
|--|---|

Descrizione (incl. follow-up):

Data del feedback:

Questo documento deve essere conservato per almeno 10 anni o secondo le norme cantonali.