



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
CENTRO RESIDENZIALE
“ABELARDO COLLINI”
38086 PINZOLO (Trento)

REV: 00
DD 25/07/2018

**MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE ED
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Sesso M ☐ F ☐ data di nascita _____ luogo di nascita _____
Residente a _____ in Via _____ n. _____

DICHIARA

- Di aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a :
 - informazioni contenute nella scheda informativa sintetica sulla vaccinazione antinfluenzale;
 - benefici e potenziali rischi della vaccinazione antinfluenzale.
- di essere stato informato sui diritti e sui limiti di cui al R. UE 16/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- di aver compreso che i propri dati personali saranno trattati da parte di personale incaricato nel rispetto del segreto professionale in modalità elettronica e cartacea in conformità alle norme di protezione stabilite dal R. UE 16/679 sopra citato come da informativa di cui dichiara di aver preso visione e che i dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto in essere tra le parti e saranno conservati per il tempo di legge;
- Di aver compreso che l'A.P.S.P. Centro Residenziale “A. Collini”, i cui estremi identificati sono riportati nella predetta informativa, è titolare del trattamento dei dati e che il consenso al trattamento dei dati sensibili (base giuridica) è necessario per permettere al predetto titolare il perseguimento delle finalità di cui ai suesposti punti 1 e 2;
- di aver compreso che i dati raccolti non saranno oggetto di diffusione e, solo in caso di necessità, saranno eventualmente condivisi con l'A.P.S.S. della Provincia Autonoma di Trento (contitolare del trattamento). Eventuali ulteriori soggetti, designati responsabili o incaricati del loro trattamento, potranno avere accesso alle stesse informazioni (la nomina è disponibile presso gli Uffici) qualora ciò fosse strettamente indispensabile e necessario per il perseguimento delle predette finalità;
- ogni ulteriore informazione nel merito del trattamento connesso all'esercizio delle funzioni istituzionali svolte dall'Ente è riportata nel testo dell'informativa messa a disposizione degli interessati all'atto dell'instaurazione del rapporto.
- l'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e segg. del predetto Reg. rivolgendosi al titolare o al responsabile per la protezione dei dati nonché proporre reclamo all'autorità di controllo. Il soggetto designato quale responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile all'indirizzo: serviziopdo@upipa.tn.it.

PERTANTO, ESPRIMO ☐ **CONSENSO** ☐ **DISSENSO**

ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO. Nel contempo solleva i medici dell'A.P.S.P. Centro Residenziale “A. Collini” di Pinzolo ed il personale da loro indicato da ogni responsabilità per tale prestazione sanitaria.

Data _____

Firma dell'utente
(o amministratore di sostegno/tutore)

Segue dichiarazione per chi non sa o può firmare

_____ →

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 4 del DPR 28/12/2000 n. 445

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Via _____
in qualità di _____ (coniuge o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi
da un altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del signor/della signora di cui sopra, che si trova in una
situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dichiara di avere ricevuto una chiara e
completa informazione e di avere compreso quanto sopra.

Data _____

Firma _____

Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore Sanitario:

Motivo della vaccinazione : _____

Luogo della vaccinazione: A.P.S.P. Centro Residenziale Abelardo Collini - Pinzolo

Nome commerciale del vaccino _____ lotto n. _____

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire la malattia e le sue complicanze.

Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutti i soggetti che desiderano evitare la malattia antinfluenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni.

I vaccini disponibili sono:

- vaccino split/sub unità, contenete virus influenzali frammentati o solo antigeni di superficie;
- vaccino virosomiale, contenete antigeni legati a virosomi come sistema carrier/adiuvante;
- vaccino adiuvato con MF59, contenente gli antigeni emulsionati ad adiuvante oleoso;
- vaccino intradermico, è un vaccino split che sfrutta i meccanismi di potenziamento immunitario che si attivano nel derma.

Tutti i vaccini sono efficaci. In particolare i vaccini adiuvati trovano specifica indicazione per l'immunizzazione dei soggetti anziani e di quelli immunocompromessi in quanto contengono una sostanza (adiuvante) che potenzia la risposta immunitaria.

Controindicazioni e precauzioni

Il vaccino antinfluenzale non deve essere somministrato a:

Lattanti al di sotto dei sei mesi (per mancanza di studi clinici controllati che dimostrino l'innocuità del vaccino in tali fasce d'età).

Soggetti che abbiano manifestato reazioni allergiche gravi (anafilassi) ad una precedente somministrazione di vaccino o ad uno dei suoi componenti.

Una malattia acuta di media o grave entità, con o senza febbre, costituisce una controindicazione temporanea alla vaccinazione, che va rimandata a guarigione avvenuta.

False controindicazioni

Allergia alle proteine dell'uovo, con manifestazioni non anafilattiche.

Malattie acute di lieve entità.

Infezioni da HIV ed altre immunodeficienza congenite o acquisite: la condizione di immunodepressione non costituisce una controindicazione alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale. La somministrazione del vaccino potrebbe non evocare una adeguata risposta immune. Una seconda dose di vaccino non migliora la risposta anticorpale in modo sostanziale.

Reazioni indesiderate al vaccino antinfluenzale

I vaccini antinfluenzali contengono solo virus inattivi o parti di questi, pertanto non possono essere responsabili di infezioni da virus influenzali. Gli effetti collaterali comuni dopo somministrazione di vaccino antinfluenzale consistono in reazioni locali, quali dolore, eritema, gonfiore nel sito di iniezione. Le reazioni sistemiche comuni includono malessere generale, febbre, dolori muscolari, con esordio da 6 a 12 ore dalla somministrazione della vaccinazione e della durata di 1 o 2 giorni.

Vengono raramente segnalate anche reazioni allergiche, compreso shock anafilattico.

Sono stati riferiti, dopo vaccinazione antinfluenzale, eventi rari quali trombocitopenia, nevralgie, parastesie, disordini neurologici. Diversi studi hanno dimostrato che il vaccino antinfluenzale non aumenta il rischio di contrarre una malattia neurologica nota come Sindrome di Guillain Barré, mentre è dimostrato che ammalarsi di influenza può causare questo tipo di malattia neurologica.

Ulteriori informazioni possono essere richieste al medico di fiducia o agli operatori dei centri vaccinali.

Si raccomanda di riferire al proprio medico di fiducia le eventuali reazioni che insorgono dopo la vaccinazione.