



AZIENDA SANITARIA LOCALE 5 SPEZZINO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURA COMPLESSA IGIENE PUBBLICA
La Spezia - Via Fiume 137
Tel 0187534551 Fax 0187534552
Email: medicina.viaggi@asl5.liguria.it

Programma di Vaccinazioni raccomandate

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL TETANO, LA DIFTERITE, LA PERTOSSE e POLIOMIELITE

Da restituire al Centro Vaccinale

Il **tetano** è una malattia infettiva non contagiosa dovuta alla tossina prodotta da un microrganismo molto diffuso nell'ambiente e molto resistente. L'infezione può insorgere quando lesioni della cute o delle mucose vengono imbrattate da terreno contaminato.

La malattia può insorgere anche a distanza di tempo dall'infezione; l'evoluzione della malattia è sempre molto grave e spesso si conclude con la morte.

La **difterite** è una grave malattia causata da una tossina prodotta da un microrganismo specifico. Alle tipiche lesioni (placche biancastre aderenti alle mucose soprattutto a livello del naso e della gola) possono far seguito complicazioni di tipo cardiaco, neurologico e renale. Queste si possono manifestare anche tardivamente ed in alcuni casi possono portare a morte i soggetti colpiti.

La difterite si trasmette per contatto con un malato o per contatto indiretto con oggetti contaminati (giocattoli, stoviglie, ecc.).

La **pertosse** è una malattia infettiva e diffusiva particolarmente grave se contratta nel primo anno di vita; se non viene curata, può provocare complicanze respiratorie (broncopolmoniti, ecc.) e del sistema nervoso centrale (convulsioni, encefaliti, ecc.). Nel primo anno di vita si concentra il maggior numero di decessi ad essa dovuti; a questa età, infatti, molto prolungate e pericolose sono le crisi di apnea (il bambino non respira) durante gli accessi di tosse; inoltre può essere ostacolata la normale alimentazione del bambino con compromissione della crescita. Può essere curata con un tempestivo e appropriato trattamento antibiotico, prescritto dal pediatra.

La **poliomielite** è una malattia grave dovuta a un virus che si trasmette per via orofecale e in alcuni casi provoca paralisi. Nella regione Europea la malattia è estinta ma è tuttora presente in Africa e in Asia. Esiste quindi la possibilità di reintroduzione del virus, per cui il Ministero della Salute ha reintrodotta il richiamo del vaccino della Polio assieme a quello per difterite tetano pertosse, il vaccino usato è il tipo Salk contenente virus uccisi privo di effetti collaterali gravi.

VACCINAZIONI

La normativa attuale prevede la somministrazione obbligatoria di tre dosi di vaccino combinato antitetanico-antidifterico nel primo anno di vita. In associazione (pertanto in un unico vaccino) viene promossa e fortemente raccomandata la vaccinazione contro la pertosse, con il medesimo ciclo vaccinale. Il ciclo di base della vaccinazione va completato con una dose di rinforzo a 5/6 anni di età. Ai fini del mantenimento nel tempo dell'immunità, una ulteriore dose di rinforzo è raccomandata tra gli 11 e i 15 anni unitamente al vaccino contro la polio; i rinforzi successivi contro il tetano vengono eseguiti a richiesta con intervalli di dieci anni.

CONTROINDICAZIONI

E' opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati dal medico importanti. Controindicazione specifica è l'allergia ad uno dei componenti del vaccino. La vaccinazione deve essere sospesa in coloro che hanno manifestato una reazione allergica o gravi reazioni avverse riferibili alla somministrazione del vaccino.

EFFETTI COLLATERALI

Possono verificarsi in una modesta percentuale di vaccinati, effetti collaterali di tipo generale (febbre, irritabilità, sonnolenza) e/o di tipo locale (arrossamento, gonfiore e dolorabilità nel punto di iniezione). Molto più raramente possono verificarsi reazioni di maggiore intensità quali febbre elevata (superiore a 39,5°C) e pianto persistente. Tuttavia, come per tutti i vaccini, non è possibile escludere l'eventualità (molto rara) di reazioni di ipersensibilità e di complicanze neurologiche anche gravi.

Poiché la dose di rinforzo, pur fortemente raccomandata, non è obbligatoria per legge, per poterla effettuare occorre la consapevole adesione dei genitori

Preso visione di quanto sopra riportato, il/la sottoscritto/a

O Padre O Madre O Parente delegato

Cognome.....Nome.....

Avendo acquisito anche il consenso dell'altro genitore chiedo che al minore

Cognome..... Nome..... nato/a il.....a.....

venga praticata la vaccinazione anti **DIFTERITE – TETANO – PERTOSSE**

DIFTERITE – TETANO – PERTOSSE - POLIOMIELITE

Data..... Firma.....



AZIENDA SANITARIA LOCALE 5 SPEZZINO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURA COMPLESSA IGIENE PUBBLICA
La Spezia - Via Fiume 137
Tel 0187534551 Fax 0187534552
Email: medicina.viaggi@asl5.liguria.it

**Programma di
Vaccinazioni raccomandate**

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL MENINGOCOCCO **Da restituire al Centro Vaccinale**

La MALATTIA MENINGOCOCICA è una grave infezione causata da un batterio comunemente chiamato **Meningococco**; esso è la prima più importante e frequente causa di meningite nel bambino.

Meningococco è il nome generico con il quale si indica una grande famiglia, all'interno della quale si evidenziano numerosi gruppi con caratteristiche diverse.

Il Meningococco si trova normalmente nel naso e nella gola. Nella maggior parte dei casi non dà nessun sintomo. Solo in alcuni casi il batterio riesce a superare le difese del soggetto, penetra nel sangue e provoca la **malattia**. Il **contagio** da un individuo all'altro avviene sempre per via diretta, attraverso le microscopiche gocce di saliva emesse con la respirazione. Il meningococco sopravvive per breve tempo nell'ambiente. Negli ultimi anni si è registrato un incremento in Europa e in Italia di infezioni causate da meningococco; oltre ai ceppi B e C, stanno comparando ceppi di importazione extraeuropea (A,W,Y). Per questo motivo viene offerto anche un vaccino tetravalente comprensivo di questi ultimi ceppi, che dà la possibilità di scegliere uno dei due vaccini.

La **MALATTIA** si manifesta in 2 forme cliniche:

- **meningite**
- **sepsi meningococcica**.

La **meningite** è l'infiammazione delle meningi, le membrane che rivestono il cervello.

Nel 10% dei casi la malattia può causare morte. Inoltre si possono avere, dopo la guarigione, postumi gravi come sordità, paralisi dei nervi cranici, deficit mentale.

La **sepsi meningococcica** è l'invasione da parte del meningococco di tutti gli organi attraverso il sangue, con la presenza in tutto il corpo, a livello cutaneo, di piccole macchie, rosso vinaccia, che sono sempre segno di malattia grave.

La misura più efficace per prevenire la malattia è la **VACCINAZIONE**. La VACCINAZIONE attualmente disponibile serve a prevenire selettivamente la malattia causata dal **Meningococco C** o **ACWY** e può essere effettuata a partire dal secondo mese di vita. La Regione Liguria ha previsto l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione ai bambini al 15° mese di vita ed al 14° anno di età.

I **vaccini antimeningococcici C** o **ACWY** hanno dimostrato di essere sicuri e protettivi. Vengono somministrati per via intramuscolare ed è sufficiente una dose sola di vaccino.

Il VACCINO PUO' ESSERE SOMMINISTRATO CONTEMPORANEAMENTE ad altri vaccini, ma in una diversa sede corporea di iniezione.

CONTROINDICAZIONI

E' opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati dal medico importanti. Controindicazione specifica è l'allergia ad uno dei componenti del vaccino e lo stato di gravidanza del soggetto da vaccinare. Reazioni vaccinali pregresse vanno segnalate per la valutazione medica.

EFFETTI COLLATERALI

Sono possibili reazioni nella sede di iniezione, come gonfiore, arrossamento e dolorabilità, che si risolvono comunque in pochi giorni e non compromettono in alcun modo lo svolgimento delle normali attività.

Raramente può comparire febbre ed eccezionalmente possono verificarsi reazioni di ordine generale o di ipersensibilità e di complicanze neurologiche anche gravi. Poiché tale vaccinazione non è obbligatoria per legge, per poterla effettuare occorre la consapevole adesione dei genitori.

Preso visione di quanto sopra riportato, il/la sottoscritto/a

O Padre O Madre O Parente delegato

Cognome.....Nome.....

Avendo acquisito anche il consenso dell'altro genitore chiedo che al minore

Cognome..... Nome..... nato/a il.....

a.....

venga praticata la vaccinazione antimeningococcica

Data..... Firma.....



AZIENDA SANITARIA LOCALE 5 SPEZZINO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURA COMPLESSA IGIENE PUBBLICA
La Spezia - Via Fiume 137
Tel 0187534551 Fax 0187534552
Email: medicina.viaggi@asl5.liguria.it

**Programma di
Vaccinazioni raccomandate**

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA Da restituire al Centro Vaccinale

Morbillo, parotite, rosolia sono malattie virali estremamente contagiose, ancor oggi altamente diffuse che colpiscono prevalentemente i bambini.

Sebbene siano considerate innocue, possono avere complicanze gravi, invalidanti e talvolta mortali, quali:

- per il **MORBILLO**: bronchite, otite, broncopolmonite, encefalite;
- per la **ROSOLIA** se viene contratta in gravidanza: malformazioni congenite (cataratta, sordità, cardiopatia) a carico del nascituro, tanto più gravi quanto più è precoce l'infezione rispetto al periodo della gravidanza;
- per la **PAROTITE**: meningoencefalite, deficit uditivi, pancreatite, tiroidite, nefrite e nel giovane adulto interessamento dei testicoli con possibile sterilità.

I vaccini contro queste tre malattie esistono in forma singola; è tuttavia disponibile il vaccino combinato, costituito da opportuni dosaggi di ceppi virali viventi attenuati, che con due dosi per via intramuscolare garantisce in modo sicuro una protezione efficace nei confronti di queste tre malattie. La prima dose viene effettuata tra i 12 e i 15 mesi di vita, conferendo elevata protezione per il morbillo e la rosolia in più del 90% dei soggetti vaccinati; la protezione raggiunta nei confronti della parotite è più bassa. Dopo tale età essa può essere praticata in qualunque momento, anche in occasione di altre sedute vaccinali.

La seconda dose, pur potendo essere praticata già dopo un mese dalla prima, viene generalmente proposta al 4° - 5° anno di età, anche in occasione delle altre sedute vaccinali.

CONTROINDICAZIONI

Sono quelle che riguardano anche gli altri vaccini virali attenuati e comprendono: tutti gli stati di immunodeficienza congenita o acquisita (tumori, tubercolosi in fase attiva, trattamento protratto con corticosteroidi) e la gravidanza.

E' opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico e attendere tre mesi dopo la somministrazione di immunoglobuline.

Controindicazione specifica è l'allergia ad uno dei componenti del vaccino.

EFFETTI COLLATERALI

Gli effetti collaterali sono sporadici, di lieve entità e si manifestano da 6 a 12 giorni dopo la vaccinazione sotto forma di esantema, cefalea, astenia, malessere, vomito, sintomi di infezione respiratoria, linfadenite, parotite ed artralgie.

Dopo la vaccinazione è possibile osservare un'ipertermia transitoria.

Si possono manifestare a livello locale, in sede di iniezione, eritema, indurimento e dolore.

Tuttavia, come per tutti i vaccini non può essere esclusa l'eventualità (molto rara) reazioni di ipersensibilità e di complicanze neurologiche anche gravi.

Poichè questa vaccinazione, pur fortemente raccomandata non è obbligatoria per legge, per poterla effettuare occorre la consapevole adesione dei genitori.

Preso visione di quanto sopra riportato, il/la sottoscritto/a

O Padre O Madre O Parente delegato

Cognome.....Nome.....

Avendo acquisito anche il consenso dell'altro genitore chiedo che al minore

Cognome..... Nome..... nato/a il.....

a.....

venga praticata la vaccinazione anti MORBILLO – PAROTITE - ROSOLIA

Data..... Firma.....



AZIENDA SANITARIA LOCALE 5 SPEZZINO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURA COMPLESSA IGIENE PUBBLICA
La Spezia - Via Fiume 137
Tel 0187534551 Fax 0187534552
Email: medicina.viaggi@asl5.liguria.it

Programma di Vaccinazioni raccomandate

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE CONTRO LA VARICELLA **Da restituire al Centro Vaccinale**

La Varicella

La Varicella è una malattia infettiva altamente contagiosa, dovuta al virus "Varicella Zoster"; viene trasmessa con tosse, starnuti, tramite goccioline di saliva, parlando a distanza ravvicinata e con il contatto diretto del liquido contenuto nelle vescicole dell'eruzione cutanea. Il periodo di incubazione va da 7 a 21 giorni; la malattia inizia con la comparsa di piccole papule di colore rosso che evolvono in vescicole in poche ore. Queste sono localizzate sul tronco, viso e altre sedi. Sintomi generali sono costituiti da febbre malessere e prurito. Generalmente nei bambini sani si tratta di una malattia di breve durata, ma gli adolescenti e gli adulti colpiti potrebbero presentare sintomi più gravi.

La Varicella può comportare complicanze che vanno dalle infezioni batteriche cutanee, che possono esitare in cicatrici, ad infezioni respiratorie e talvolta a problemi neurologici gravi.

La vaccinazione

Il vaccino anti-varicella è costituito da virus vivo attenuato; non contiene proteine dell'uovo né sostanze batteriostatiche come il timerosal (a base di mercurio). Negli adolescenti si somministra per via sottocutanea, con la precauzione di far trascorrere da precedenti vaccinazioni effettuate con vaccino vivo almeno un mese.

Il vaccino è sicuro, efficace e ben tollerato; le reazioni, se presenti, sono lievi e sicuramente molto meno frequenti rispetto alle complicanze della malattia. La vaccinazione è indicata esclusivamente per coloro che non abbiano ancora contratto la malattia; per i soggetti che in passato la abbiano contratto, non è necessario procedere alla vaccinazione, in quanto la memoria immunologica è già stata stimolata dal contatto naturale con il virus. Ulteriori informazioni saranno comunque fornite consultando il Pediatra di fiducia e gli operatori ASL dei servizi vaccinali e consultoriali.

Circa le controindicazioni al vaccino, va ricordato che è opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati dal medico importanti.

Circa possibili effetti collaterali, sono possibili in rari casi reazioni locali (arrossamento, dolorabilità, gonfiore nel punto d'iniezione) o generali (febbre) che regrediscono in pochi giorni; eccezionalmente possono verificarsi reazioni di ordine generale.

Preso visione di quanto sopra riportato, il/la sottoscritto/a

O Padre O Madre O Parente delegato

Cognome.....Nome.....

Avendo acquisito anche il consenso dell'altro genitore:

1)dichiara/dichiarano che il figlio/a in passato non ha contratto la varicella

2)chiedo che al minore Cognome..... Nome..... nato/a

il..... a.....

venga praticata la vaccinazione anti VARICELLA

Data..... Firma.....