



Scheda di anamnesi pre-vaccinale n. _____

Cognome e nome _____ nato a _____

il _____ residente a **CORATO** in via _____

Tipo di vaccinazione programmata: _____

1. Sta bene (cresce bene, è vivace, è di buon umore)? ☐ sì ☐ no

Peso Kg _____

2. Ha mai avuto malattie importanti? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare malattia neurologica: _____

malattia neoplastica: _____

malattie del sistema immunitario: _____

3. Ha mai avuto convulsioni? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare se con febbre o senza febbre: _____

4. Assume farmaci con continuità negli ultimi 3 mesi? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare se cortisonici da oltre 7 gg.:

☐ sì

antiepilettici o sedativi: ☐ sì

acido acetilsalicilico o antineoplastici ☐ sì ☐ no

5. Ha ricevuto trasfusioni o immunoglobuline o è stato sottoposto a terapia radiante negli ultimi 3 mesi?

☐ sì ☐ no

6. Ha manifestato allergia ad alimenti, farmaci o vaccini, lattice?:

☐ sì ☐ no

se sì, specificare: _____

7. E' in gravidanza? ☐ sì ☐ no Settimana _____

8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare se reazioni locali: _____

reazioni generali lievi: _____

reazioni generali gravi (febbre > 40°C, pianto > 3 ore, convulsioni, ipotonia, collasso, altro): _____

9. Non essendoci controindicazioni, si somministrano le seguenti vaccinazioni

_____ coscia ☐ dx ☐ sx

_____ braccio ☐ dx ☐ sx

_____ coscia ☐ dx ☐ sx

_____ braccio ☐ dx ☐ sx

_____ OS



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
UFFICIO VACCINAZIONI SISP AREA NORD - CORATO

Scheda di anamnesi pre-vaccinale

n. _____

il/la sottoscritto / a _____

(Genitore/Delegato/Tutore di) _____

conferma i dati anamnestici comunicati e dichiara di aver ricevuto sufficienti informazioni sul tipo di vaccino da eseguire, sulle indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali ed eventi indesiderati che potrebbero verificarsi dopo la somministrazione del vaccino, sia a breve che a lungo termine, nonché dei rischi per la salute in caso di mancata somministrazione; che tali informazioni sono state esplicate in termini comprensibili, che ha ricevuto risposte adeguate a tutti i quesiti posti e di essere soddisfatto.

Inoltre, dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy allegata alla lettera di convocazione."ASL BA INFORMATIVA PRIVACY ALL'UTENTE (a tutela della riservatezza dei propri dati personali). Ai sensi dell'art. 13 del DL n° 196/2003 (Codice in materia dei dati personali, d'ora in avanti Codice sulla Privacy)" e quindi autorizza espressamente la ASL BA all'utilizzo dei dati personali ai sensi del DLgs 196/03, sia per se stesso/a che per il proprio /a figlio/a.

firma del Genitore/ Tutore/ Delegato : X _____

Firma dell'operatore: _____

Corato, lì _____

IL DIRETTORE SISP AREA NORD Dott. DRAGO Pasquale

TRIAGE VALUTAZIONE PRESENZA DI SINTOMI COVID -19

COGNOME	N. TELEFONO
NOME	INDIRIZZO
DATA DI NASCITA	CITTA'

Febbre > 37.5°?	SI	NO
Tosse secca?	SI	NO
Affaticamento?	SI	NO
Problemi respiratori quali dispnea?	SI	NO
Produzione di espettorato?	SI	NO
Mialgia o artralgia?	SI	NO
Mal di gola?	SI	NO
Mal di testa?	SI	NO
Vomito?	SI	NO
Diarrea?	SI	NO
Disgeusia (alterazione del gusto)?	SI	NO
Anosmia (alterazione dell'olfatto)?	SI	NO

Ha avuto contatti * / familiari con casi accertati Covid -19 ?	SI	NO
Ha frequentato ambienti sanitari con casi accertati /sospetti?	SI	NO
E' sottoposto a misure di quarantena o è risultato positivo al tampone per Covid -19?	SI	NO
Data insorgenza sintomi	____/____/____	

*Contatto diretto a meno di 1 mt di distanza per più di 15 minuti, in ambiente chiuso come sede di lavoro , abitazione ecc...

DATA _____

FIRMA _____

Ricorda

- Il Meningococco è un batterio che colpisce donne e uomini qualunque età con prevalenza al di sotto dei 5 anni e che si trasmette attraverso tosse e starnuti.
- Il meningococco è principalmente causa di meningite e sepsi, patologie gravi che possono portare ad esiti infastidi ma è possibile prevenirne l'infezione con la vaccinazione.
- La vaccinazione è sicura e non può in alcun modo causare infezioni o malattie da meningococco.
- È importante completare regolarmente la vaccinazione per garantire la protezione.



ASL Bari

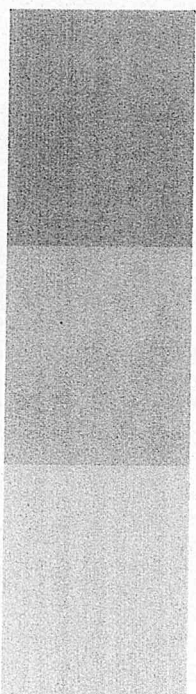
Puglia Salute

Meningococco?

Se lo conosci

Ti vaccini!

Campagna di vaccinazione
dei ragazzi e delle ragazze
contro il Meningococco
(*Neisseria Meningitidis*)



Che cos'è il Meningococco (Neisseria Meningitidis)?

Il meningococco (Neisseria meningitidis) è un batterio di cui si conoscono 13 sierotipi, solo cinque però sono responsabili di malattie (A, B, C, Y, W135). Nel nostro Paese e in Europa si segnala una prevalenza dei sierotipi B e C.

Il meningococco è responsabile di diverse infezioni di entità variabile e può colpire qualunque età, con una prevalenza nei bambini sotto i 5 anni. Il meningococco si trasmette per via respiratoria, attraverso goccioline emesse con la tosse o gli starnuti di persone infette o di portatori. È caratterizzato da un'elevata infettività, quindi, può dare origine a vere e proprie epidemie nelle scuole e in altre comunità.

Quali malattie provoca il meningococco?

Le infezioni da meningococco sono spesso asintomatiche o causano un'inflammazione delle alte vie respiratorie; nei casi più gravi però il batterio può portare meningite o sepsi, malattie molto gravi i cui esiti possono anche essere fatali.

Chi è a rischio di contrarre il virus?

I bambini in età infantile, gli adolescenti ed i giovani adulti, sono le fasce più a rischio di contrarre l'infezione causata dai diversi tipi di meningococco. Nei bambini sotto un anno di età la meningite generalmente è causata dal gruppo B.

Come funziona il vaccino antimeningococcico?

Sono disponibili tre tipi di vaccino antimeningococcico:

- Vaccino coniugato contro meningococco di gruppo B di cui sono necessarie due dosi somministrate a sei mesi di distanza
- Vaccino coniugato tetravalente contro i meningococchi di tipo A, C, Y, W135. È raccomandato quando ci si reca in Paesi a rischio per la presenza di questi sierotipi. Viene somministrato in dose unica.
- Vaccino polisaccaridico (MPSV4) viene utilizzato solo per soggetti di età superiore a 55 anni

Perché è importante vaccinarsi?

La vaccinazione anti-meningococcica B e con vaccino tetravalente è raccomandata agli adolescenti, in quanto rientrano tra le categorie a maggiore rischio di contagio, sebbene limitato rispetto ad altre malattie infettive molto più contagiose, come influenza e morbillo. Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale raccomanda la vaccinazione nell'adolescenza anche per chi sia stato vaccinato contro il meningococco C da piccolo. Nell'evenienza di soggetti già vaccinati, la dose di richiamo serve a rafforzare la risposta immunitaria ad una eventuale infezione.

Il vaccino è sicuro?

Il vaccino anti-meningococco B è sicuro e generalmente ben tollerato. Non contiene organismi vivi, escludendo il rischio che il vostro bambino possa contrarre le malattie contro cui il vaccino protegge.

Gli effetti collaterali più comuni sono lievi e del tutto passeggeri: dopo la somministrazione del vaccino potranno presentarsi reazioni transitorie a livello del punto di iniezione (rossore, dolore, gonfiore), febbre e vomito.

Effetti collaterali più gravi sono rari.

Il vaccino anti-meningococco ACWY è sicuro. I programmi di vaccinazione anti-meningococco ACWY per gli adolescenti sono in atto nel Regno Unito dal 2015 e negli Stati Uniti dal 2005.

Come per tutti i vaccini, alcuni individui possono avere una reazione.

In genere questa è lieve e può includere: dolore, gonfiore o arrossamento nel sito dell'iniezione mal di testa, stanchezza e febbre, nausea e mancanza d'appetito.

Effetti collaterali gravi dovuti al vaccino sono estremamente rari.

Come viene somministrata la vaccinazione?

Per il Meningo B sono previste 2 somministrazioni a distanza di 6 mesi. Per il Meningo ACWY è prevista un'unica somministrazione.

importante per la prevenzione è lo screening cervicale (Pap-Test/HPV-Test) che permette di diagnosticare in fase precoce il tumore e quindi di trattarlo quando ancora non è diffuso. Il vaccino non protegge da tutti i tipi di HPV; è importante continuare a sottoporsi a regolari controlli di screening anche dopo la vaccinazione. Si fornisce così un doppio e complementare ombrello protettivo alla vita femminile



A chi si rivolge la vaccinazione?

Attualmente, il programma di vaccinazione gratuito è rivolto alle ragazze ed ai ragazzi nel dodicesimo anno di età. L'estensione della vaccinazione ad entrambi i sessi non solo li protegge dalle malattie da HPV, ma riduce la circolazione e la trasmissione di questa infezione e quindi la possibilità, sia per i maschi che per le femmine, di venire a contatto con questi virus.

Ricorda

- Il Papillomavirus umano (HPV) è un virus assai comune, che colpisce donne e uomini e che si trasmette attraverso i rapporti sessuali.
- L'HPV è causa di numerose patologie, benigne e maligne, come il tumore del collo dell'utero, della vulva, della vagina, del pene, dell'ano, del cavo orale e i condilomi genitali. Per le infezioni da HPV non esiste una cura, ma è possibile prevenire quelle causate da alcuni tipi virali con la vaccinazione.
- La vaccinazione è sicura e non può in alcun modo causare infezioni o malattie da HPV.
- È importante completare regolarmente la vaccinazione per garantire la protezione.
- Per la prevenzione del tumore del collo dell'utero è importante eseguire regolarmente lo screening cervicale dai 25 anni in poi.



Papillomavirus?

Se lo conosci

Ti vaccini!

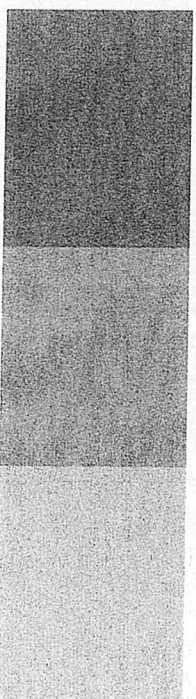
Campagna di vaccinazione
dei ragazzi e delle ragazze

contro il Papillomavirus umano (HPV)
nell'adolescenza



ASL Bari

PugliaSalute



Che cos'è il Papillomavirus (Human Papilloma Virus - HPV)?

L'HPV è un virus che si trasmette in particolare attraverso i rapporti e contatti sessuali, anche non completi. L'infezione generalmente è senza sintomi; chi ne è colpito non sa di esserlo, aumentando notevolmente il rischio di trasmissione del virus. L'infezione da HPV è molto diffusa. Colpisce, infatti, 8 persone su 10 anche se, nella maggior parte dei casi, viene eliminata dal nostro sistema immunitario senza conseguenze per la salute. Quando però l'infezione non è eliminata e l'HPV persiste nell'organismo, si possono sviluppare numerose patologie, benigne ma anche maligne, che colpiscono sia le donne che gli uomini.

Quali malattie provoca l'HPV?

Esistono numerosi tipi di HPV, ognuno identificato con un numero. Tra questi, due tipi in particolare, chiamati HPV 16 e HPV 18, sono responsabili da soli di circa il 70% dei casi di tumore del collo dell'utero. L'HPV è in diversa misura responsabile anche del tumore del pene negli uomini, della vagina e della vulva nelle donne e in entrambi i sessi del tumore dell'ano e di alcune neoplasie del cavo orale. Altri tipi di Papillomavirus, chiamati HPV 6 e HPV 11, sono invece responsabili dei condilomi (verruche) a livello anale e genitale di entrambi i sessi, una patologia a trasmissione sessuale che colpisce molto frequentemente e in egual misura sia gli uomini che le donne; sono formazioni benigne ma che sono accompagnate da sintomi molto fastidiosi e, per il tipo di lesione e per la loro localizzazione, peggiorano in modo importante la qualità di vita

sia sessuale che di relazione in quanto sono causa di stress psicologico.

Chi è a rischio di contrarre l'HPV?

Tutte le persone che entrano in contatto con il virus. Per quanto riguarda le infezioni dei genitali, in particolare, tutte le persone sessualmente attive. Nelle donne, generalmente, i picchi di infezione si registrano già a partire dall'inizio dell'attività sessuale. Negli uomini, invece, la possibilità di contrarre l'HPV rimane costante a ogni età.

Come difendersi dall'HPV?

Per le infezioni da HPV non esiste una cura, ma è possibile con la vaccinazione prevenire la maggior parte e in particolare quelle con maggior rischio di provocare i tumori. Il vaccino che proponiamo per la protezione contro l'HPV è il vaccino 9-valente riconosciuto di elevata efficacia per la prevenzione delle patologie causate dai tipi 16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52 e 58:

- nella donna i tumori del collo dell'utero, della vulva e della vagina;
- nell'uomo il tumore del pene;
- in entrambi i sessi, i tumori dell'ano e del cavo orale e i condilomi.

Perché è importante vaccinarsi in giovane età?

Perché la risposta del sistema immunitario è maggiore di quella rilevata nelle età superiori. Perché la vaccinazione protegge solo se non è già presente l'infezione, se effettuata quindi

prima di un possibile contatto con il virus e, quindi anche prima dell'inizio dell'attività sessuale.

Perché il numero di dosi di vaccino da somministrare a questa età, per ottenere una protezione efficace, è minore.

Il vaccino è sicuro?

Numerosi studi e la sorveglianza negli anni hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza della vaccinazione. Il vaccino non contiene il virus attivo. In nessun modo quindi il vaccino può provocare l'infezione e causare malattie da HPV. Gli effetti collaterali che possono eventualmente manifestarsi in seguito alla vaccinazione sono modesti e generalmente di breve durata (dolore, gonfiore nella sede di iniezione, talvolta rialzo febbrile e cefalea).

Come viene somministrata la vaccinazione?

Sono previste un numero diverso di dosi secondo l'età:

- il vaccino 9-valente tra i 9 e i 13 anni si somministra in 2 dosi a distanza di circa sei mesi. Dai 14 anni in poi, invece sono necessarie 3 dosi, sempre nell'arco di sei mesi.

Per assicurare la protezione è importante somministrare le dosi di vaccino secondo i tempi previsti.

Ci sono altri strumenti di prevenzione?

Limitatamente al tumore del collo dell'utero, oltre alla vaccinazione un altro alleato

MODELLO DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

