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

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**DICHIARA**

1. Di aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a :
2. informazioni contenute nella scheda informativa sintetica sulla vaccinazione antinfluenzale;
3. benefici e potenziali rischi della vaccinazione antinfluenzale.
4. di essere stato informato sui diritti e sui limiti di cui al D.Lgs 30.06.2003, n. 196 “Codice in materia di dati personali”.
5. Di aver compreso che i propri dati saranno trattati da parte di personale incaricato in modalità elettronica e cartacea nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal D.Lgs 196/2003 sopra citato.
6. Di aver compreso che l’A.P.S.P. Centro Residenziale “A. Collini”, i cui estremi identificati sono riportati nell’informativa, è titolare del trattamento dei dati mentre, Responsabili del trattamento sono il Direttore e il Medico Coordinatore e che è obbligatorio conferire e consentire il trattamento dei dati al suddetto titolare per poter essere vaccinati.
7. Di aver compreso che i dati raccolti non saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati integralmente all’A.P.S.S. della Provincia Autonoma di Trento con la sola eccezione del dato personale e sensibile “motivo della vaccinazione” per i soggetti di età < 65 anni al 31.12, vaccinati a causa della propria condizione di salute. Eventuali ulteriori soggetti, designati responsabili del trattamento, potranno avere accesso alle stesse informazioni (la nomina è disponibile presso gli Uffici).
8. E’ possibile esercitare tutti i diritti di cui all’art. 7 del citato decreto mediante richiesta rivolta agli Uffici.
9. 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.

**PERTANTO, ESPRIMO ⃞ CONSENSO ⃞ DISSENSO**

**ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma dell’utente**

(o amministratore di sostegno/tutore)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Segue dichiarazione per chi non sa o può firmare**

***38086 PINZOLO (Trento) – Via Genova n. 84 Tel. 0465.503665 – Fax 0465.503236***

***cod. Fisc. 95003080223 – Part.IVA 01368700223***

***e-mail:*** [***segreteria@apsp-pinzolo.it***](mailto:segreteria@apsp-pinzolo.191.it) ***-*** [***segreteria@pec.apsp-pinzolo.it***](mailto:segreteria@pec.apsp-pinzolo.it) ***– sito internet:*** [***www.apsp-pinzolo.it***](http://www.apsp-pinzolo.it)

**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 anticorporale 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 un malattia neurologica nota come Sindrome di Guillain Barrè, 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.**