# VACCINO ANTINFLUENZALE CONSENSO INFORMATIVO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/_____/_____

dipendente della ditta _____

**decide volontariamente di essere vaccinato/a contro l'influenza per l'anno 2026/2027.**

A tal fine dichiara (è obbligatorio completare il riquadro sottostante):

□ di essersi **già sottoposto** a tale vaccino negli anni precedenti, senza effetti collaterali;
□ di non essersi **mai vaccinato**;
□ di essere **allergico ai seguenti farmaci** o sostanze: _____;
□ di non avere alcune delle seguenti controindicazioni alla vaccinazione:
- □ ipersensibilità alle uova (allergia);
- □ ipersensibilità alle proteine del pollo;

□ di conoscere i **possibili effetti collaterali e/o indesiderati** della vaccinazione, in particolare quelli della scheda tecnica, di seguito riassunti.

Possibili effetti indesiderati
Come tutti i medicinali, questo vaccino può causare effetti indesiderati, sebbene non tutte le persone li manifestino.

**Consulti immediatamente un medico in caso di :**

**Reazioni allergiche gravi:**
Che possono portare ad emergenza medica con bassa pressione sanguigna, respirazione veloce e superficiale, frequenza cardiaca accelerata e polso debole, cute fredda e umida, vertigini, fino al collasso (shock). *Questi effetti indesiderati non sono stati osservati con l'attuale vaccino , ma sono stati riportati raramente con altri vaccini somministrati per prevenire l'influenza (può interessare fino a 1 persona su 1.000).*
Gonfiore più evidente alla testa e al collo, compreso viso, labbra, lingua, gola o qualsiasi altra parte del corpo, che può causare difficoltà nella deglutizione o respirazione (angioedema).
Reazioni allergiche quali reazioni cutanee che possono diffondersi su tutto il corpo con prurito, orticaria, eruzione cutanea, arrossamento.
***Tali effetti indesiderati sono rari (possono interessare fino a 1 persona su 1.000), ad eccezione del prurito che può essere più frequente (può interessare fino a 1 persona su 100).***

-**Altri effetti indesiderati riportati** :
Molto comuni (possono interessare più di 1 persona su 10):
Mal di testa, dolore muscolare (mialgia), sensazione generale di malessere dolore al sito di iniezione. Comuni (possono interessare fino a 1 persona su 10:
Febbre, brividi, reazioni al sito di iniezione: arrossamento (eritema), gonfiore, durezza (indurimento). Non comuni (possono interessare fino a 1 persona su 100):
Vertigini, diarrea, sensazione di malessere (nausea) , affaticamento, reazioni al sito di iniezione: lividi (ecchimosi), orticaria (prurito) e calore. Gonfiore delle ghiandole del collo, delle ascelle o dell'inguine (linfoadenopatia).
Rari (possono interessare fino a 1 persona su 1.000):
Anomalie nella percezione del tatto, dolore, calore e freddo (parestesia), sonnolenza, aumento della sudorazione (iperidrosi), stanchezza e debolezza inusuali (astenia), malattia simil-influenzale. - Dolore alle articolazioni (artralgia), fastidio al sito di iniezione.

E' importante **comunicare al medico la comparsa di effetti indesiderati** non descritti nel foglio illustrativo.

Il sottoscritto autorizza il medico competente a valutare statisticamente i dati raccolti (ai sensi del D.lgs.196/2003).

Data di compilazione ____/____/____ Firma del lavoratore _____