



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

MODULO MINORI

MODULO CONSENSO ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL PAPPILLOMAVIRUS
ANAMNESI PREVACCINALE

Dati del vaccinando

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

Nat_a..... il/...../..... CF.....

Residenza..... Tel

MMG/PLS..... Tel

- Sta bene? Si No

- È stato ricoverato? No Si

Se si specificare: Per immunodeficienza?

Per patologia neurologica?.....

Per altra patologia?

- Malattie negli ultimi 30 gg.? Si No

- Ha mai avuto convulsioni? No Si Con febbre Senza febbre

- Assume farmaci con continuità? No Si

Antinfiammatori Antibiotici

Antiepilettici Sedativi

- Cortisonici Altro Da quanto tempo?

- Ha ricevuto trasfusioni o IgG? No Si Quanto tempo fa?

- È allergico? No Si antibiotici (neomicina, kanamicina,
proteine del latte.....Altro.....

- Ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni? No Si

Locali

Generali lievi

Generali gravi

Ha effettuato vaccinazioni nei precedenti 15 giorni? No Si

♦ Vaccino

Firma del/i genitori/tutori/affidatari

.....
.....

CONSENSO INFORMATO

Dati dei genitori/tutori/affidatari

Il/La sottoscritt.....nella qualità di genitore/tutore/affidatario C.I. n.....dichiara di avere letto e compreso il materiale informativo fornito, elaborato secondo le linee guida della Regione Siciliana (GURS Sup Ord parte I n. 47/2006 e s.m.), consistente nelle indicazioni del " Calendario Vaccinale per la Vita" della Regione Siciliana (D.A. n. 1965 del 10 ottobre 2017) e la scheda tecnica autorizzativa della vaccinazione, contenente indicazioni sugli effetti benefici, effetti collaterali, reazioni avverse.

Il/La sottoscritt.....nella qualità di genitore/tutore/affidatario C.I. n.....dichiara di avere letto e compreso il materiale informativo fornito, elaborato secondo le linee guida della Regione Siciliana (GURS Sup Ord parte I n. 47/2006 e s.m.), consistente nelle indicazioni del " Calendario Vaccinale per la Vita" della Regione Siciliana (D.A. n. 1965 del 10 ottobre 2017) e la scheda tecnica autorizzativa della vaccinazione, contenente indicazioni sugli effetti benefici, effetti collaterali, reazioni avverse.

AUTORIZZANO

La vaccinazione del minore..... nat_ a.....il.....
che sarà effettuata il _____ presso l'Istituto Scolastico

Firma

Firma

Autorizzano che i dati sensibili vengano utilizzati per gli usi consentiti dalla legge 196/2003 (legge sulla privacy e s. m.) ai fini sanitari

Firma

Firma

DA COMPILARE NEL CASO DELLA SOTTOSCRIZIONE DI UN SOLO GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di dati falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti in materia.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità quanto segue:

di avere acquisito l'assenso dell'altro genitore alla vaccinazione o di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale ai sensi della normativa vigente.

Data

Firma

Professionista Sanitario Inoculatore

Nome e Cognome (Medico o altro professionista Sanitario) _____

Data _____

Firma _____

Informativa per la vaccinazione contro il Papillomavirus (HPV – Human Papilloma Virus)

INDICAZIONI NEL GIORNO DELLA SOMMINISTRAZIONE A SCUOLA:

- La vaccinazione verrà effettuata presso l'istituto scolastico, da personale sanitario dell'Azienda Sanitaria, in ambienti idonei e nel rispetto delle norme di sicurezza.
- Per aderire alla vaccinazione è necessario che i genitori/tutori firmino il Consenso Informato in tutte le sue parti, corredato di copia di valido documento di identità.
- E' Raccomandato eseguire la vaccinazione a stomaco pieno
- La vaccinazione può essere somministrata anche in presenza di ciclo mestruale nelle ragazze.

Il Papilloma Virus Umano (HPV) rappresenta una delle infezioni a trasmissione sessuale più diffuse a livello mondiale, con un impatto rilevante sulla salute pubblica in quanto associato a diverse forme di cancro, in particolare il cancro della cervice uterina, ma anche a tumori ano-genitali e orofaringei. La prevenzione primaria mediante la vaccinazione HPV rappresenta una delle strategie di sanità pubblica più efficaci per ridurre l'incidenza di queste patologie.

L'infezione da Papillomavirus umano (HPV) non riguarda esclusivamente la popolazione femminile: anche i maschi possono contrarre e trasmettere il virus, contribuendo alla sua diffusione nella popolazione, con un picco di prevalenza nei giovani adulti subito dopo l'inizio dell'attività sessuale.

L'efficacia nel prevenire infezioni e lesioni precancerose e cancerose dovuti ai sierotipi oncogeni di HPV è molto elevata: 90-100% sia nei maschi che nelle femmine. In Italia la vaccinazione è stata introdotta nel 2007 ed estesa anche ai ragazzi dal 2017.

Modalità di somministrazione

- 11–14 anni: 2 dosi a distanza di 6 mesi
- Dai 15 anni in poi: 3 dosi nell'arco di 6 mesi
- Somministrazione intramuscolare nel deltoide (parte alta del braccio)
-

Possibili Effetti post-vaccinazione

La vaccinazione anti-HPV è generalmente ben tollerata. Gli effetti più comuni possono includere:

- arrossamento, gonfiore o dolore nel sito di iniezione
- Più raramente febbre lieve, cefalea o senso di affaticamento

Tali sintomi sono generalmente lievi e di breve durata.

Controindicazioni

- Febbre in atto
- Allergia ad uno dei componenti del vaccino
- Gravidanza (la vaccinazione va posticipata al termine della stessa)

PER COLORO I QUALI VOLESSERO USUFRUIRE DELLA VACCINAZIONE IN UN MOMENTO DIVERSO

Si ricorda che gli ambulatori dell'Asp di Catania effettuano le aperture giornaliere dal lunedì al venerdì negli orari 8.30-13.00 e nei giorni di martedì e giovedì 8.30-13.00 e 15.00 -17.30, alle quali è possibile accedere tramite prenotazione sul sito

<https://vaccini.aspct.it>

inquadrando il seguente qr-code



o chiamando il centralino 095-2540104

Per informazioni: **095-2540210 o 095-2540104 (lun-ven 08:30-12:30 e mar 15:00-17:30)**
*dal mese di febbraio al mese di aprile , alcuni ambulatori saranno aperti anche il sabato

Contatti istituzionali:

stophpv@aspct.it

Referente: Dott.ssa Erika Barbagallo

erika.barbagallo@aspct.it

095 2540183