



CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

Progetto Pronti... Spray... Via! | Campagna antinfluenzale pediatrica 2026-2027

Vaccinazione con Fluenz spray nasale | Informazioni per genitori e rappresentanti legali Informazioni essenziali sul vaccino

Fluenz è un vaccino antinfluenzale vivo attenuato, per bambini e adolescenti da 2 a meno di 18 anni. Aiuta il sistema immunitario a riconoscere i virus influenzali. La vaccinazione è volontaria e richiede una valutazione dell'idoneità clinica.

Somministrazione. Dose nasale di 0,2 mL: 0,1 mL per narice, senza iniezione. Si respira normalmente. Tra 2 e 8 anni, se mai vaccinati contro l'influenza, occorre una seconda dose dopo almeno 4 settimane. Il personale sanitario comunicherà l'eventuale appuntamento.

Controindicazioni e precauzioni

Non somministrare in caso di allergia ai componenti o alla gentamicina, precedente reazione allergica grave alle uova o alle loro proteine, immunodeficienza clinica dovuta a malattie o terapie immunosoppressive (ad esempio leucemie, linfomi, infezione sintomatica da HIV, carenze immunocellulari o corticosteroidi ad alte dosi), oppure terapia con salicilati, come acido acetilsalicilico.

Segnalare asma grave, respiro sibilante attuale, febbre o infezione acuta importante, naso ostruito, precedenti mancamenti, malformazioni craniofacciali non corrette e contatti stretti con persone gravemente immunodepresse. Il medico valuta eventuali rinvii o alternative. Segnalare tutti i farmaci e i vaccini recenti.

Dopo la vaccinazione. Evitare salicilati per 4 settimane, salvo indicazione medica, per il rischio di sindrome di Reye. Comunicare l'uso di antivirali antinfluenzali. Evitare, se possibile, contatti ravvicinati con persone gravemente immunodepresse per 1-2 settimane.

Possibili effetti indesiderati

Molto comuni (più di 1 su 10): naso chiuso o gocciolante, appetito ridotto, malessere.

Comuni (fino a 1 su 10): febbre, dolori muscolari, mal di testa.

Non comuni (fino a 1 su 100): eruzione cutanea, sanguinamento dal naso, reazioni allergiche.

Molto rari (circa 1 su 10.000): reazione allergica grave.

Frequenza non nota: sincope, sindrome di Guillain-Barré, peggioramento della sindrome di Leigh.

Per difficoltà respiratoria o gonfiore del viso o della lingua, richiedere assistenza urgente. Riferire gli effetti indesiderati al medico, all'infermiere o al farmacista. Restare presso la sede vaccinale per almeno 15 minuti, o più secondo le indicazioni del personale.

Sintesi integrativa: leggere anche il foglietto illustrativo completo.

Fonte: EMA, Fluenz, informazioni del prodotto per la stagione 2026/2027, consultate il 04/10/2026. Foglietto ufficiale e RCP.

DATI ANAGRAFICI E CONSENSO

Progetto Pronti... Spray... Via! | Campagna antinfluenzale pediatrica 2026-2027

Compilare in modo leggibile. Le informazioni cliniche devono essere aggiornate al giorno della vaccinazione.

Consenso_Informato_Fluenz_2026_...

Genitore o rappresentante legale

Cognome _____

Nome _____

Sesso ☐ Maschio ☐ Femmina

Data di nascita ____ / ____ / ____

Luogo di nascita _____

Nazionalità _____

Telefono _____

Cellulare _____

E-mail _____

Qualifica _____

Minore da vaccinare

Cognome _____

Nome _____

Sesso ☐ Maschio ☐ Femmina

Data di nascita ____ / ____ / ____

Luogo di nascita _____

Nazionalità _____

Residenza _____

Città _____ CAP _____

Pediatra/medico _____

Telefono del pediatra _____

Scuola e plesso _____

Classe _____

Dichiarazioni del genitore o rappresentante legale

Io sottoscritto/a, identificato/a sopra, dichiaro:

- ☐ di aver ricevuto la brochure del progetto e il foglietto illustrativo del vaccino spray nasale Fluenz;
- ☐ di aver letto la nota informativa inviata dalla scuola e le informazioni di questo modulo, ricevendo spiegazioni comprensibili, adeguate ed esaurienti su modalità e via di somministrazione, benefici ed efficacia, controindicazioni, precauzioni ed effetti indesiderati;
- ☐ di aver avuto la possibilità di porre domande e richiedere ulteriori chiarimenti al personale sanitario;
- ☐ di sapere che il consenso è libero e può essere revocato prima della somministrazione e prima di eventuali dosi successive, con possibile mancata o ridotta protezione;
- ☐ di essere stato/a informato/a dell'osservazione presso la sede vaccinale per almeno 15 minuti, o più secondo le indicazioni ricevute;
- ☐ di impegnarmi a fornire al personale sanitario le informazioni sulla salute del minore e a comunicare eventuali variazioni prima della vaccinazione.

Prestazione del consenso alla vaccinazione antinfluenzale

In qualità di genitore/rappresentante legale del minore sopra indicato, e in accordo con l'altro genitore, ove applicabile, acconsento alla vaccinazione antinfluenzale con Fluenz, previa valutazione del personale sanitario e secondo le raccomandazioni vigenti per la stagione 2026-2027. Eventuali situazioni particolari relative alla responsabilità genitoriale o alla rappresentanza saranno comunicate al servizio vaccinale.

Luogo _____

Data ____ / ____ / ____

Firma del genitore/rappresentante legale

Firma dell'altro genitore, se richiesta

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Progetto Pronti... Spray... Via! | Campagna antinfluenzale pediatrica 2026-2027

Dichiarazione del genitore o rappresentante legale

Informativa sul trattamento dei dati personali

Finalità di tutela della salute - artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 e artt. 78-79 del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche.

Consenso_Informato_Fluenz_2026_...

Ai sensi della normativa vigente - Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 e D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e successive modifiche - i dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria, in qualità di Titolare del trattamento. L'Azienda è tenuta a garantire la sicurezza dei dati contro i rischi derivanti dalla distruzione, perdita, modifica, divulgazione non autorizzata o accesso accidentale o illegale a dati trasmessi, conservati o comunque trattati.

Dichiarazione sulla qualità del sottoscrittore

Il/La sottoscritto/a, le cui generalità sono riportate nella sezione dati anagrafici, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara di essere (barrare la voce pertinente):

- ☐ Esercente la responsabilità genitoriale
- ☐ Esercente la legale rappresentanza
- ☐ Persona fiduciaria
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Persona unita civilmente
- ☐ Prossimo congiunto
- ☐ Persona convivente
- ☐ Persona familiare: _____
- ☐ Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato/a

Il servizio verifica il titolo che consente di esprimere il consenso sanitario per il minore.

- ☐ L'Azienda Sanitaria ha fornito le informazioni sul trattamento dei dati personali, anche particolari, prima dell'erogazione della prestazione sanitaria.
- ☐ L'Azienda Sanitaria ha fornito le informazioni sul trattamento dei dati personali, anche particolari, dopo l'erogazione della prestazione sanitaria.

Data ____ / ____ / ____

Firma per esteso e leggibile

Giornata vaccinale

Scuola primaria, _____

Per i bambini con consenso dei genitori, previa verifica dell'idoneità clinica.

Come aderire alla vaccinazione

Il modulo di consenso informato allegato deve essere compilato, firmato e restituito alla scuola solo in caso di adesione, secondo le modalità indicate dall'Istituto. Il progetto e il modulo sono consultabili sul sito istituzionale della ASL Ogliastra, anche tramite il QR code presente nel materiale informativo.

Merenda al termine del Congresso dei bambini

Per l'organizzazione della merenda, indicate eventuali allergie o intolleranze alimentari già note:
