

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Rich. vaccinaz. adulti (SISP.MO.0957.02).doc
		pag1/2

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che gli/le vengano somministrati i seguenti vaccini:  
 (barrare in corrispondenza dei vaccini scelti)

<input type="checkbox"/> ANTITETANO	<input type="checkbox"/> ANTIMORBILLO – PAROTITE - ROSOLIA
<input type="checkbox"/> ANTIDIFTERITE - TETANO	<input type="checkbox"/> ANTIHERPES ZOSTER
<input type="checkbox"/> ANTIDIFTERITE – TETANO - PERTOSSE	<input type="checkbox"/> ANTIEPATITE <b>A</b>
<input type="checkbox"/> ANTIPNEUMOCOCCO <b>13valente</b>	<input type="checkbox"/> ANTIEPATITE <b>B</b>
<input type="checkbox"/> ANTIPNEUMOCOCCO <b>23valente</b>	<input type="checkbox"/> ANTIEPATITE <b>A + B</b>
<input type="checkbox"/> ANTIMENINGOCOCCO <b>B</b>	<input type="checkbox"/> ANTITIFO ORALE
<input type="checkbox"/> ANTIMENINGOCOCCO <b>C</b>	<input type="checkbox"/> ANTIPOLIOMIELITE TIPO SALK
<input type="checkbox"/> ANTIMENINGOCOCCO <b>ACWY</b>	<input type="checkbox"/> ANTIRABBIA
<input type="checkbox"/> ANTIVARICELLA	<input type="checkbox"/> ANTIPAPILLOMAVIRUS
ALTRO _____	

### INFORMAZIONI SU POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

**Antitetano** = rare reazioni locali (rossore, dolore e gonfiore nella zona dell'iniezione).

**Antidifterite-tetano** = rare reazioni locali (rossore, dolore e gonfiore nella zona dell'iniezione) o febbre con risoluzione spontanea in circa 5-7 giorni.

**Antidifterite-tetano-pertosse** = rare reazioni locali (rossore, dolore e gonfiore nella zona dell'iniezione) o febbre con risoluzione spontanea in circa 5-7 giorni.

**Antipneumococco 13valente** = reazioni locali: rossore, dolore e gonfiore nella zona dell'iniezione; reazioni generali: febbre superiore a 39 gradi (nel 10% dei casi), irritabilità, vomito, diarrea.

**Antipneumococco 23valente** = reazioni locali: rossore, dolore e gonfiore nella zona dell'iniezione; reazioni generali: febbre superiore a 39° (nel 10% dei casi), irritabilità, vomito, diarrea.

**Antimeningococco B** = reazioni locali: dolore e gonfiore nella zona dell'iniezione; reazioni generali: febbre, cefalea, malessere.

**Antimeningococco C** = reazioni locali: rossore, dolore e gonfiore nel sito dell'iniezione; reazioni generali: febbre superiore a 38°, diarrea, vomito, cefalea, mialgia.

**Antimeningococco ACWY** = reazioni locali: gonfiore e dolore nel sito dell'iniezione; reazioni generali: rash tipo varicella, febbre superiore a 39° gradi. Controindicato in soggetti immunocompromessi, in gravidanza.

**Antivaricella** = lievi reazioni locali; comparsa di papule e/o febbre a distanza di 2-3 settimane dalla vaccinazione.

**Anti Morbillo-Parotite-Rosolia** = reazioni locali: gonfiore ed arrossamento nella sede di iniezione; reazioni generali (tra 5 e 12 giorni dopo la vaccinazione): comparsa di eruzione simile al morbillo, febbre. Raramente ingrossamento della ghiandola parotide o dei linfonodi, dolori articolari; molto raramente: riduzione delle piastrine, meningoencefalite.

Stesura F. Cussotto Novembre 2019	Verifica: V. Silano Novembre 2019	Autorizzazione: V. Silano Novembre 2019	Emissione: V. Silano Novembre 2019
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Rich. vaccinaz. adulti (SISP.MO.0957.02).doc
		pag2/2

**Antiherpes Zoster** = reazioni locali: gonfiore e dolore nella zona di iniezione; reazioni generali: cefalea, dolore articolare e muscolare, febbre, eruzione cutanea; Controindicato in soggetti immunocompromessi e in donne in gravidanza.

**Antiepatite A** = nel 4% dei casi dolore, rossore e gonfiore nella zona dell'iniezione, con risoluzione spontanea in pochi giorni. Rari casi di malessere, mal di testa, febbre, nausea e perdita di appetito nei primi 2-3 giorni.

**Antiepatite B** = nel 6-10% dei casi è stato descritto dolore nella zona dell'iniezione; nel 3-4% dei casi febbre. Raramente malessere, mal di testa e nausea. Molto raramente neuropatie.

**Antiepatite A + B** = nel 10% dei casi sono stati descritti dolore, rossore e gonfiore nella zona dell'iniezione con risoluzione spontanea in pochi giorni. Più raramente cefalea, malessere generale, febbre.

**Antitifo per via orale** = rari disturbi gastrointestinali (diarrea e nausea).

**Antipoliomielite tipo Salk** = reazioni locali: gonfiore e dolore nella zona dell'iniezione, reazioni generali: febbre, cefalea, malessere.

**Antirabbia** = reazioni locali: gonfiore e dolore nella zona dell'iniezione (meno del 10% dei casi); reazioni generali: aumento del volume dei linfonodi regionali, cefalea, febbre, malessere.

**Antipapillomavirus** = reazioni locali: gonfiore, dolore nel sito dell'iniezione; reazioni generali: cefalea, mialgia.

#### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679

Gentile Sig.ra/Sig., ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 la informiamo che il **Titolare del trattamento dei dati** personali è rappresentato dal Direttore Generale pro-tempore e-mail [direttore.generale@aslvc.piemonte.it](mailto:direttore.generale@aslvc.piemonte.it), il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e verranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici per le finalità istituzionali che rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale, per fornire prestazioni e servizi di cui necessita e per cui si è rivolto all'ASL VC. Si precisa che il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto la mancanza degli stessi non consente l'espletamento del procedimento.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti se non specificatamente autorizzati a riceverli nei casi previsti dalla Legge 7/8/1990 n. 241 e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (ex art. 71 Legge 445/2000), né saranno oggetto di diffusione.

Il **Responsabile del trattamento dei dati** è contattabile all'indirizzo [dpo@aslvc.piemonte.it](mailto:dpo@aslvc.piemonte.it)

La informiamo, infine, che ai sensi degli articoli previsti dal Capo III del GDPR Lei potrà esercitare in ogni momento i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, il diritto alla portabilità dei dati e il diritto di opposizione inviando una mail all'indirizzo [ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it](mailto:ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it) o per posta all'indirizzo: S.C. GESTIONE AFFARI ISTITUZIONALI – UFFICIO PROTOCOLLO C.so M. ABBIATE n° 21 - 13100 VERCELLI.

Inoltre, ha il diritto di presentare reclamo al Garante della privacy o di ricorrere all'autorità giudiziaria, di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

L'informativa completa è disponibile al link:

<http://www.aslvc.piemonte.it/tutela-e-partecipazione/tutela-della-privacy>

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Stesura F. Cussotto Novembre 2019	Verifica: V. Silano Novembre 2019	Autorizzazione: V. Silano Novembre 2019	Emissione: V. Silano Novembre 2019
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			