INFORMATIVA VACCINAZIONE EPATITE B

É una malattia infettiva acuta causata da un virus che colpisce il fegato. L’epatite B, dopo un periodo di incubazione di 45-180 giorni con una media di 60-90 giorni, può manifestarsi con disturbi gastrointestinali, febbre ed ittero (colorazione gialla della pelle); nel 30-50% dei pazienti i sintomi sono vaghi o addirittura assenti. Evolve di solito verso la guarigione, ma si possono avere rare forme fulminanti. Può cronicizzare ed in una parte di casi evolvere in cirrosi o carcinoma epatico.

**COME SI PRENDE**

Le vie di trasmissione sono:

1) diretta, attraverso il contatto di sangue o di liquidi organici (saliva, sperma, secrezioni vaginali) con le mucose o la cute abrasa di persone sane;

2) indiretta, attraverso la contaminazione di aghi o taglienti (ad es. rasoi) oppure attraverso oggetti di uso personale (ad es. spazzolino da denti): il virus può sopravvivere nell’ambiente per più giorni. Il rischio di epatite B nei viaggiatori dipende dalla durata della permanenza in area endemica ed è legato soprattutto a rapporti sessuali non protetti.

Alcune persone, una volta guarite dalla malattia, possono rimanere portatrici del virus. Possono trasmettere l'epatite B le persone ammalate, coloro che hanno la malattia in fase di incubazione e coloro che hanno superato la malattia, ma sono rimasti portatori del virus.

**IL VACCINO**

L'attuale vaccino è costituito da una proteina della superficie del virus (HBsAg) sintetizzata utilizzando la [tecnica del DNA ricombinante.](http://www.levaccinazioni.it/glossario.asp#dnaricomb)

**CALENDARIO VACCINALE**

Il ciclo vaccinale comprende tre dosi, le prime due con un intervallo di 1 mese, la 3a dopo 5 mesi dalla 2a . Di norma non sono necessarie dosi di richiamo. Il ciclo vaccinale è costituito da 4 dosi soltanto in tre situazioni: il bambino nato da madre portatrice dell’epatite B, la persona vittima di infortunio a rischio biologico, la persona in dialisi o in fase di preparazione alla dialisi. Nei dializzati e predializzati si usa il vaccino antiepatite B Fendrix (4 dosi) oppure il vaccino HBVAX PRO 40 mcg (3 dosi). In Italia la vaccinazione è obbligatoria dal 1991 per tutti i nuovi nati; dal 1991 al 2003 sono stati inoltre vaccinati tutti i dodicenni di ogni anno. E’ consigliata e gratuita per le seguenti categorie di cittadini: conviventi o contatti con portatori del virus, pazienti politrasfusi, emofilici, emodializzati, vittime di punture accidentali con aghi potenzialmente infetti, persone affette da lesioni croniche eczematose o psoriasiche della cute delle mani, detenuti negli istituti di prevenzione e pena, persone che si recano per lavoro all'estero in aree di alta endemia, tossicodipendenti, omosessuali e soggetti dediti alla prostituzione, personale sanitario dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, persone che svolgono attività di lavoro, studio, volontariato in sanità, personale ed ospiti di istituti per ritardati mentali, personale religioso che svolge attività nell'ambito della assistenza sanitaria, personale addetto alla lavorazione di emoderivati, personale appartenente alla Polizia di Stato, all'Arma dei Carabinieri, al Corpo della Guardia di Finanza, al Corpo della Guardia Forestale, al Corpo degli Agenti di custodia, ai Comandi provinciali dei Vigili del Fuoco ed ai Comandi municipali dei Vigili urbani, addetti ai servizi di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti.

Ogni dose del vaccino consiste in una iniezione intramuscolare nella regione deltoidea (parte alta del braccio).

**REAZIONI INDESIDERATE**

Le possibili reazioni indesiderate alla vaccinazione sono: comuni: rossore, gonfiore e dolore nella sede di iniezione; molto rare: reazioni allergiche, disturbi neurologici, stanchezza, mal di testa, febbre, disturbi gastrointestinali.

**CONTROINDICAZIONI**

Le controindicazioni alla vaccinazione sono: malattie febbrili in atto, allergia ai componenti del vaccino. In caso di gravidanza, per precauzione, è consigliabile rinviare la vaccinazione.

Come per le altre vaccinazioni, non si possono escludere le reazioni allergiche immediate, pertanto, è importante sostare 30 minuti all’interno della struttura sanitaria dopo aver eseguito la vaccinazione.

ANAMNESI PREVACCINALE E CONSENSO INFORMATO EPATITE B

Il sottoscritto

Nome e Cognome……………………………………………………..........nato il ….../……./……/

a …………………………………………..residente a ………………………………………………..

in via…………………………………………………n.tel/cell…………………………………………..

fornisco le eseguenti informazioni relative al mio stato di salute, affinché il medico vaccinatore possa valutare eventuali controindicazioni alla vaccinazione Epatite A

malattie febbrili in atto 󠄁 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

malattie con calo delle difese immunitarie 󠄁 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

terapie immunosoppressive (radioterapia,

chemioterapia) o cortisonici ad alti dosaggi 󠄁 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

recente somministrazione di immunoglobuline 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

malattie neurologiche evolutive o crisi epilettiche 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

allergie..................................................................................

reazioni a precedenti dosi di vaccino 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

quali reazioni?....................................................................

a quale vaccino?.................................................................

assunzioni di farmaci………………………………………….

gravidanza in atto 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

allergia alle uova o alle proteine del pollo o formaldeide 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

allergia al lievito (Saccharomyces cerevisiae),neomicina 󠄁󠄁 SI 󠄁󠄁 NO

 󠄁 󠄁

Dichiara di essere pienamente cosciente e di aver letto e compreso la sopra estesa informativa e,

a seguito del colloquio con il/la Dr/Dr.ssa………………………………………………………….

di aver ottenuto tutte le informazioni richieste sulle finalità della procedura, le modalità di esecuzione e le eventuali complicanze che possono derivare dall’esecuzione della vaccinazione

Prendo atto che è raccomandabile non allontanarsi dalla struttura per 30 minuti dall’avvenuta vaccinazione.

Per quanto concerne il trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto legislativo30/06/2003 n.196 autorizzo MediMilano srl al trattamento dei dati personali rilasciati con la presente

Quindi in base all’informativa ricevuta, che ritiene completa ed esaustiva , il sottoscritto

󠄁 ACCONSENTE 󠄁󠄁 NON ACCONSENTE

DATA …../……../……… FIRMA DEL PAZIENTE

A cura del vaccinatore

Applicare etichetta del vaccino --------------------------------------------------------------