**Questionario per la vaccinazione contro il vaiolo delle scimmie con il vaccino Jynneos®**

|  |  |
| --- | --- |
| **Domanda** | **Sì/No** |
| Soffre di allergie note e/o ha mai avuto una grave reazione allergica a un vaccino o a un medicamento (p. es. shock allergico/anafilassi)? | [ ]  No[ ]  In caso affermativo, quali?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| È allergico/a alle uova di gallina o ai prodotti a base di uova? | [ ]  No[ ]  Sì |
| È allergico/a ai seguenti componenti di Jynneos®: trometamolo, cloruro di sodio, benzonasi, gentamicina e ciprofloxacina (antibiotici)? | [ ]  No[ ]  In caso affermativo, quali?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ha febbre o altri segni di malattia? | [ ]  No[ ]  Sì |
| Ha attualmente un’eruzione cutanea (sotto forma di rigonfiamenti, vescicole o pustole) o lesioni sul corpo oppure ha il vaiolo delle scimmie? | [ ]  No[ ]  Sì |
| È possibile che negli ultimi 14 giorni sia stato/a esposto/a al vaiolo delle scimmie? | [ ]  No[ ]  Sì |
| Ha una malattia che indebolisce il sistema immunitario (p. es. leucemia, cancro, infezione da HIV con un numero di cellule CD4+ imprecisato o < 200c/µL) o sta seguendo un trattamento che indebolisce il sistema immunitario? | [ ]  No[ ]  Sì |
| Ha mai avuto cicatrici cheloidee (cicatrici esuberanti), un’eruzione cutanea (neurodermite/dermatite atopica) o un’altra malattia della pelle? | [ ]  No[ ]  In caso affermativo, quali?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ha mai avuto una miocardite o una pericardite? | [ ]  No[ ]  Sì |
| È incinta, sta pianificando una gravidanza o allattando? | [ ]  No[ ]  Sì |
| È già stato/a vaccinato/a contro il vaiolo (in Svizzera prima del 1972) o il vaiolo delle scimmie (Jynneos® o un altro vaccino)? | [ ]  No[ ]  In caso affermativo, nome del vaccino e data?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ha ricevuto un’altra vaccinazione nelle ultime 4 settimane e/o prevede una vaccinazione nelle prossime 4 settimane? | [ ]  No[ ]  In caso affermativo, quale?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Assume regolarmente medicamenti? | [ ]  No[ ]  In caso affermativo, quali?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Il fatto di aver risposto affermativamente a una o più domande non esclude una vaccinazione. Occorre però effettuare una valutazione individuale poiché potrebbero essere necessarie ulteriori misure precauzionali in occasione della vaccinazione. Deve assolutamente discutere questi aspetti con lo specialista responsabile sul posto.

**Dichiarazione di consenso a una vaccinazione contro il vaiolo delle scimmie**

**con il vaccino Jynneos® di Bavarian Nordic**

In Svizzera il prodotto non è omologato da Swissmedic. Il suo uso è no-label.

Stato: 14.10.2022

**Dati personali della persona da vaccinare**

Cognome Nome

Data di nascita (GG.MM.AAAA) Numero di telefono

Indirizzo e-mail

**Dichiarazione di consenso**

Lo specialista responsabile mi ha informato/a in modo accurato ed esaustivo sul vaccino Jynneos® contro il vaiolo delle scimmie. Confermo che lo specialista responsabile mi ha informato/a del fatto che il vaccino Jynneos® impiegato su di me non è omologato in Svizzera (uso no-label). In un colloquio personale, lo specialista responsabile mi ha informato/a sugli aspetti medici e giuridici dell’impiego di questo vaccino. Ho avuto la possibilità di porre domande e tutte le mie domande hanno ottenuto una risposta. Ho comunicato la mia anamnesi medica allo specialista responsabile.

Confermo di essere stato/a informato/a in modo esaustivo sulla vaccinazione con Jynneos®. Confermo di avere capito le informazioni sulla vaccinazione con Jynneos®. Confermo di avere capito i benefici e i rischi del vaccino Jynneos®. Acconsento alla vaccinazione con il vaccino Jynneos®.

Cognome e nome

Luogo Data (GG.MM.AAAA)

Firma della persona da vaccinare o del rappresentante legale

*Se del caso:* coordinate del rappresentante legale (cognome / nome / tel. / e-mail)

**Da compilare dallo specialista responsabile**

Cognome e nome dello specialista responsabile

Firma dello specialista responsabile