

Oggetto: Comunicato stampa: da Mercoledì spray antinfluenzale per i ragazzi dai 10 ai 18 anni (non compiuti)

Data: 04/12/2020 17:44:23

## **Comunicato stampa: da Mercoledì spray antinfluenzale per i ragazzi dai 10 ai 18 anni (non compiuti)**

*Novità per i vaccini antinfluenzali: dalla prossima settimana partirà la campagna anche per gli **adolescenti sani** dal 10 ai 18 anni (non compiuti) con il vaccino **Fluenz Tetra spray***

Terminata con successo la campagna per gli under 65 con patologie croniche (8895 vaccini inoculati), dal 9 dicembre l'ASST Bergamo Ovest inizierà a vaccinare un nuovo target di cittadini residenti: i **ragazzi dai 10 anni ai 18 non compiuti, privi di patologie**.

I pediatri di libera scelta termineranno le coorti dai 2 ai 10 anni non compiuti questa settimana. Dal 9 via libera **dai 10 ai 18 anni (non compiuti)** alle ASST di organizzare la propria campagna vaccinale.

I punti erogativi prescelti dalla nostra ASST sono tre:

- **Treviglio** c/o TREVIGLIOFIERA di Via Murena all'interno del padiglione Fieristico, ingresso 1 lato Stazione Centrale (non dal lato Drive-in)
- **Calusco d'Adda**: Poliambulatorio, Via Locatelli, 265/angolo Via Volta
- **Dalmine** c/o Centro Diurno Anziani Comunale via Locatelli

A Treviglio la campagna avrà inizio mercoledì 09 dicembre, a Calusco il 10 e il 14 a Dalmine.

I cittadini residenti/domiciliati in uno dei Paesi afferenti alla nostra ASST potranno prenotare attraverso il sito <https://prenota.zerocoda.it/o> con la relativa App indistintamente in uno dei punti di erogazione. Il genitore potrà registrarsi, creando un proprio account, e cercare nella ricerca avanzata "**ASST Bergamo Ovest - vaccinazione antinfluenzale - offerta minori 10-18 anni non compiuti**".

Ai prenotati sarà successivamente inviata una **mail di conferma**, riportante tutte le informazioni utili, il **questionario anamnestico** da **stampare e precompilare** ([word](#)- [pdf](#)) prima di accedere alla vaccinazione con il proprio figlio e le **indicazioni/controindicazioni al vaccino** ([pdf](#)). La **firma** finale del questionario sarà quella del **medico vaccinatore**.

Il giorno della vaccinazione, perciò, ogni ragazzo dovrà presentarsi, accompagnato da un genitore o da un delegato ([scarica qui la delega](#)), con la **tessera sanitaria** e il **questionario già compilato** ([word](#)- [pdf](#)), così da accelerare le operazioni di accettazione amministrativa e l'anamnesi clinica. **Non è necessaria impegnativa del Medico**. Successivamente, sarà erogato il vaccino tramite spruzzi nel naso del paziente attraverso un applicatore nasale monouso.

### **INDICAZIONI PER CHI SI PRENOTA**

#### **Guida alla vaccinazione antinfluenzale con Fluenz Tetra nel bambino**

Di seguito si riportano le principali indicazioni (non esaustive) per la vaccinazione con Fluenz Tetra, si raccomanda attendersi comunque alle indicazioni del curante e delle indicazioni ufficiali di ATS/ASST.

Fluenz Tetra è un vaccino per la prevenzione dell'influenza usato nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 24 mesi e 18 anni.

La vaccinazione è gratuita.

Chieda al suo pediatra oppure visiti il sito <https://www.wikivaccini.regione.lombardia.it>

#### **Cosa sapere prima che venga somministrato Fluenz Tetra**

Fluenz Tetra non deve essere somministrato:

- se il bambino/ragazzo ha avuto una grave reazione allergica (shock anafilattico) alle uova o alle proteine dell'uovo;
- se il bambino/ragazzo è allergico in modo grave alla gentamicina, alla gelatina o ad uno qualsiasi degli altri componenti inclusi nel vaccino;
- se il bambino/ragazzo ha una malattia del sangue o una malattia oncologica a carico del sistema immunitario;
- se il bambino/ragazzo ha una grave forma di immunodepressione o è in terapia con corticosteroidi ad alte dosi;
- se il bambino/ragazzo sta assumendo in modo continuativo acido acetilsalicilico\*

Fluenz Tetra può essere utilizzato in bambini e ragazzi:

- con infezione da HIV asintomatica;

- che stanno ricevendo corticosteroidi topici/inalatori o corticosteroidi sistemici a basso dosaggio o in caso di terapia con corticosteroidi come terapia sostitutiva (es.: per insufficienza surrenalica).

#### **Altre avvertenze e precauzioni per l'uso di Fluenz Tetra**

I soggetti vaccinati, per 1-2 settimane dopo la vaccinazione, dovrebbero evitare contatti stretti con individui gravemente immunocompromessi (ad esempio, i riceventi di trapianto di midollo osseo che richiedono isolamento).

Se il bambino/ragazzo sta assumendo un farmaco antivirale, deve sospenderlo e attendere almeno 48 ore prima di essere vaccinato. Anche nelle 2 settimane successive alla vaccinazione il bambino non dovrebbe assumere farmaci antivirali.

Fluenz Tetra non deve essere somministrato a bambini e adolescenti con asma grave o respiro sibilante attivo.

\*Fluenz Tetra non deve essere somministrato a bambini o adolescenti che ricevono una terapia con salicilati in quanto è stata dimostrata un'associazione tra l'uso di salicilati e la sindrome di Reye durante l'infezione influenzale. Per lo stesso motivo, i salicilati non devono essere somministrati nelle 4 settimane dopo la vaccinazione, a meno di casi specifici indicati dal proprio medico.


## **Il giorno della vaccinazione ricordarsi:**

- che il bambino/ragazzo dovrà essere in buone condizioni generali
- che il bambino/ragazzo dovrà essere accompagnato dal genitore o da persona formalmente delegata ([pdf](#)) ben informata sul suo stato di salute
- di stampare e precompilare il questionario anamnestico ([word-](#) [pdf](#))
- di portare la tessera sanitaria del bambino/ragazzo
- la vaccinazione è gratuita



# IL VACCINO ANTINFLUENZALE



Dal  **9**



**Da Mercoledì 9 Dicembre 2020  
inizia la nuova fase vaccinale spray per  
ragazzi dai 10 anni ai 18 (non compiuti)**



Sarà possibile prenotare la seduta attraverso l'APP Zerocoda o sul sito <https://prenota.zerocoda.it/> cercando "ASST Bergamo Ovest – vaccinazione antinfluenzale - offerta minori 10-18 anni non compiuti" e la sede, il giorno e l'ora prescelta. I ragazzi dovranno essere residenti in uno dei Comuni della nostra ASST,.

## SEDI

- **Treviglio** c/o TREVIGLIOFIERA di Via Murena all'interno del padiglione Fieristico, ingresso 1 lato Stazione Centrale (inizio 09/12)
- **Calusco d'Adda**: Poliambulatorio, Via Locatelli, 265/angolo Via Volta (inizio 10/12)
- **Dalmine** c/o Centro Diurno Anziani Comunale via Locatelli (inizio 14/12)

I vaccini spray saranno erogati, indicativamente, nella fascia oraria pomeridiana.



Per informazioni chiamare il centro vaccinale di riferimento della propria zona o scrivere alla mail [vaccini@asst-bgovest.it](mailto:vaccini@asst-bgovest.it)



**Rossella Prandina**

Referente amm.va Comunicazione - Segr. Direzione Amm.va

**Mail:** rossella\_prandina@asst-bgovest.it

**PEC:** protocollo@pec.asst-bgovest.it



# DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In caso di soggetto incapace/minore Rappresentante legale/genitore \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Il sottoscritto consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità **DICHIARA** sotto la propria responsabilità

Che il sottoscritto ed il vaccinando non sono sottoposti al regime della quarantena o dell'isolamento fiduciario;

## DICHIARA INOLTRE:

- SI  NO il bambino/ragazzo sta bene oggi?
- SI  NO il bambino/ragazzo ha malattie croniche o ha avuto gravi malattie?
- SI  NO il bambino/ragazzo ha mai avuto reazioni allergiche di grave entità (reazione anafilattica) a farmaci o alimenti?
- SI  NO il bambino/ragazzo ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni?
- SI  NO il bambino/ragazzo è affetto da immunodeficienza ?
- SI  NO il bambino/ragazzo sta assumendo farmaci in modo continuativo?  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- SI  NO il bambino/ragazzo ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?
- SI  NO il bambino/ragazzo è in contatto stretto con persone che hanno un'immunodeficienza grave?
- SI  NO il bambino/ragazzo è affetto da asma severa o ha un attacco asmatico in corso?
- SI  NO il bambino/ragazzo assume salicilati (es. acido acetilsalicilico)?
- SI  NO la ragazza è in stato di gravidanza o sta allattando?
- SI  NO di aver ricevuto e letto le informazioni sul vaccino?

di essere stato invitato/a a trattenere il minore vaccinato nei pressi della sede vaccinale per i venti/trenta minuti successivi alla somministrazione

di ACCETTARE liberamente ed in piena coscienza la vaccinazione proposta antiinfluenzale stagionale 2020-2021

**Firma dell'interessato /dei genitore-i/ del legale rappresentante**

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Attestazione del medico che, verificata l'anamnesi, acquisisce il consenso e verifica l'avvenuta comprensione delle informazioni ricevute

Firma del Medico Vaccinatore \_\_\_\_\_



I sottoscritti

**Padre (Nome e Cognome):** \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

rec. telefonico fisso \_\_\_\_\_ rec. telefonico mobile \_\_\_\_\_

**Madre (Nome e Cognome):** \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

rec. telefonico fisso \_\_\_\_\_ rec. telefonico mobile \_\_\_\_\_

**Rappresentante Legale (tutore o altro):** \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

rec. telefonico fisso \_\_\_\_\_ rec. telefonico mobile \_\_\_\_\_

**DELEGO**

Il/la Sig./ra (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE MIO FIGLIO**

(*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

**PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e per la/le quale/i ho espresso il Consenso (in allegato).

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_

**Nota per i genitori:**

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.

## Guida alla vaccinazione antinfluenzale con Fluenz Tetra nel bambino

Di seguito si riportano le principali indicazioni (non esaustive) per la vaccinazione con Fluenz Tetra, si raccomanda attendersi comunque alle indicazioni del curante e delle indicazioni ufficiali di ATS/ASST.

Fluenz Tetra è un vaccino per la prevenzione dell'influenza usato nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 24 mesi e 18 anni.

La vaccinazione è gratuita.

Chieda al suo pediatra oppure visiti il sito <https://www.wikivaccini.regione.lombardia.it>

### Cosa sapere prima che venga somministrato Fluenz Tetra

Fluenz Tetra non deve essere somministrato:

- se il bambino/ragazzo ha avuto una grave reazione allergica (shock anafilattico) alle uova o alle proteine dell'uovo;
- se il bambino/ragazzo è allergico in modo grave alla gentamicina, alla gelatina o ad uno qualsiasi degli altri componenti inclusi nel vaccino;
- se il bambino/ragazzo ha una malattia del sangue o una malattia oncologica a carico del sistema immunitario;
- se il bambino/ragazzo ha una grave forma di immunodepressione o è in terapia con corticosteroidi ad alte dosi;
- se il bambino/ragazzo sta assumendo in modo continuativo acido acetilsalicilico\*

Fluenz Tetra può essere utilizzato in bambini e ragazzi:

- con infezione da HIV asintomatica;
- che stanno ricevendo corticosteroidi topici/inalatori o corticosteroidi sistemici a basso dosaggio o in caso di terapia con corticosteroidi come terapia sostitutiva (es.: per insufficienza surrenalica).

### Altre avvertenze e precauzioni per l'uso di Fluenz Tetra

I soggetti vaccinati, per 1-2 settimane dopo la vaccinazione, dovrebbero evitare contatti stretti con individui gravemente immunocompromessi (ad esempio, i riceventi di trapianto di midollo osseo che richiedono isolamento).

Se il bambino/ragazzo sta assumendo un farmaco antivirale, deve sospenderlo e attendere almeno 48 ore prima di essere vaccinato. Anche nelle 2 settimane successive alla vaccinazione il bambino non dovrebbe assumere farmaci antivirali.

Fluenz Tetra non deve essere somministrato a bambini e adolescenti con asma grave o respiro sibilante attivo.

\*Fluenz Tetra non deve essere somministrato a bambini o adolescenti che ricevono una terapia con salicilati in quanto è stata dimostrata un'associazione tra l'uso di salicilati e la sindrome di Reye durante l'infezione influenzale. Per lo stesso motivo, i salicilati non devono essere somministrati nelle 4 settimane dopo la vaccinazione, a meno di casi specifici indicati dal proprio medico.