

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Dipartimento di Sanità Pubblica</p>	<p>CONSENSO INFORMATO PER LA VACCINAZIONE CONTRO L'HERPES ZOSTER CON VACCINO RICOMBINANTE ADIUVATO</p>	<p>Rev. 02</p> <p>MR PD09_43</p> <p>28/06/2024</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
--	---	---

L'HERPES ZOSTER (fuoco di Sant'Antonio) è una malattia virale acuta causata dal virus responsabile della varicella che, dopo l'infezione primaria, rimane in forma dormiente nell'organismo e può riattivarsi in fasi successive della vita. La riattivazione del virus è spesso associata a condizioni che indeboliscono il sistema immunitario quali malattie croniche, terapie immunosoppressive o età avanzata.

L'Herpes Zoster (HZ) si presenta con lesioni della pelle di tipo vescicolare accompagnate da dolore intenso e prurito. In alcuni casi, si possono sviluppare complicanze quali dolore persistente (nevralgia post-erpetica), infezioni batteriche della pelle e altre complicanze che possono richiedere il ricovero in ospedale.

LA VACCINAZIONE prevede la somministrazione di un vaccino ricombinante adiuvato, cioè che non contiene il virus della varicella, ma alcune proteine capaci di indurre risposte immunitarie difensive contro il virus in fase dormiente. Il vaccino contiene un adiuvante, cioè una sostanza capace di stimolare risposte protettive anche in persone con il sistema immunitario indebolito dall'età o da malattie immunodepressive. Il ciclo vaccinale prevede due dosi di vaccino somministrate in genere a 2 mesi di distanza l'una dall'altra. La vaccinazione non è indicata per la cura dell'Herpes Zoster o della nevralgia post-erpetica.

CHI DOVREBBE VACCINARSI la vaccinazione è prevista per la coorte dei 65 anni (a partire dai nati nel 1952) e per le persone adulte con patologie ad aumentato rischio di HZ o di sue complicanze così come previsto dalle indicazioni Ministeriali e Regionali di riferimento, incluso il singolo episodio complicato di HZ o storia clinica di recidive di HZ documentate.

CONTROINDICAZIONI ALLA VACCINAZIONE Il vaccino è controindicato a persone che hanno manifestato reazioni allergiche gravi a precedenti somministrazioni dello stesso vaccino o a suoi componenti. La vaccinazione deve essere evitata in gravidanza.

EFFICACIA DELLA VACCINAZIONE Nelle persone tra i 50 e 69 anni la vaccinazione è risultata efficace nel prevenire circa il 97% dei casi di malattia e il 100% dei casi di nevralgia post-erpetica. L'efficacia della vaccinazione si riduce con l'età, ma si mantiene superiore al 90% per la prevenzione della malattia negli ultra 70enni e superiore al 70% nella prevenzione della nevralgia post-erpetica. Anche nelle persone con fattori di rischio di età superiore ai 18 anni la vaccinazione si è dimostrata efficace nel ridurre i casi di malattia e di nevralgia post erpetica. In tutte le fasce di popolazione studiate sono state ridotte significativamente le altre complicanze legate all'Herpes Zoster.

POSSIBILI REAZIONI ALLA VACCINAZIONE Dopo la vaccinazione le reazioni indesiderate più comuni sono arrossamento, dolore, gonfiore e prurito nel sito di iniezione, dolori muscolari, affaticamento, sintomi gastrointestinali e mal di testa. Più raramente si possono presentare reazioni di tipo allergico, quali orticaria e reazioni anafilattiche.

In caso di effetti collaterali importanti a seguito della vaccinazione, si raccomanda di segnalare il fatto al proprio Medico e all'ambulatorio vaccinale di riferimento.



**CONSENSO INFORMATO PER LA
VACCINAZIONE CONTRO L'HERPES
ZOSTER CON VACCINO
RICOMBINANTE ADIUVATO**

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Tutore/Amministratore di sostegno di Cognome _____ Nome _____

DICHIARO:

- di essere stato informato rispetto ai rischi e ai benefici della vaccinazione contro l'**HERPES ZOSTER** e a quelli che potrebbero derivare dalla mancata vaccinazione
 - di aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti
 - di essere stato informato della necessità di trattenermi nel servizio, seduto in sala d'attesa, per 30 minuti dopo la vaccinazione
 - di avere ricevuto materiale informativo scritto relativo alla vaccinazione sopraindicata
 - di essere stata informata che nel mese successivo alla vaccinazione è opportuno evitare una gravidanza
 - di aver ben compreso le informazioni che mi sono state fornite (a voce e con documenti scritti specifici) in ordine alle mie condizioni cliniche e ai rischi connessi alla vaccinazione sopraindicata
- ESPRESSO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE CONTRO L'HERPES ZOSTER**
- NON ESPRESSO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE CONTRO L'HERPES ZOSTER**

Data _____

Firma leggibile dell'interessato/esercente la potestà parentale/tutore

Eventuali osservazioni del Medico Referente per la seduta vaccinale

Firma:

Firma dell'operatore sanitario che raccoglie anamnesi e
consenso

Firma dell'operatore sanitario che vaccina (se diverso da quello
che ha acquisito il consenso)

Spazio per apporre la fustella del vaccino