

## 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)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In caso affermativo, quali?
È allergico/a alle uova di gallina o ai prodotti a base di uova?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
È allergico/a ai seguenti componenti di Jynneos®: trometamolo, cloruro di sodio, benzonasi, gentamicina e ciprofloxacina (antibiotici)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In caso affermativo, quali?
Ha febbre o altri segni di malattia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha attualmente un'eruzione cutanea (sotto forma di rigonfiamenti, vescicole o pustole) o lesioni sul corpo oppure ha il vaiolo delle scimmie?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
È possibile che negli ultimi 14 giorni sia stato/a esposto/a al vaiolo delle scimmie?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha mai avuto cicatrici cheloidee (cicatrici esuberanti), un'eruzione cutanea (neurodermite/dermatite atopica) o un'altra malattia della pelle?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In caso affermativo, quali?
Ha mai avuto una miocardite o una pericardite?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
È incinta, sta pianificando una gravidanza o allattando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In caso affermativo, nome del vaccino e data?
Ha ricevuto un'altra vaccinazione nelle ultime 4 settimane e/o prevede una vaccinazione nelle prossime 4 settimane?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In caso affermativo, quale?
Assume regolarmente medicinali?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In caso affermativo, quali?

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 off-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 off-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