



**AZIENDA OSPEDALIERA  
S. CROCE E CARLE di CUNEO**

Via Michele Coppino, 26 - 12100 CUNEO  
Tel. +39 0171.641111 fax +39 0171.699545  
Email: [aso.cuneo@cert.legalmail.it](mailto:aso.cuneo@cert.legalmail.it)  
Sito web: <http://www.ospedale.cuneo.it>

P.I./Cod. Fisc. 01127900049

**S.C. Interaziendale MEDICINA DEL LAVORO**  
**ASL CN 1 – ASO S. Croce e Carle di Cuneo**  
**Direttore: Dott. BARATTI Alberto**

**Responsabile S.S. Medico Competente: Dr.ssa Laura GERBAUDO**  
Via Monte Zovetto, 18 ☎ 0171-641363 📠 0171-641371  
12100 CUNEO E-mail: [segreteria.medico.competente@ospedale.cuneo.it](mailto:segreteria.medico.competente@ospedale.cuneo.it)  
[medico.competente@ospedale.cuneo.it](mailto:medico.competente@ospedale.cuneo.it)

## **VACCINO ANTI-INFLUENZALE Inluvac S Tetra (VACC. QUADRIVALENTE)**

**(PREPARATO CON ANTIGENE DI SUPERFICIE INATTIVATO)**  
**LOTTO n. 613 SCAD. 05/2024**

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

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ Sesso: ☐ M ☐ F

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_

STRUTTURA \_\_\_\_\_

### **ANAMNESI PREVACCINALE**

- Oggi si sente bene? ☐ Si ☐ No
- Ha mai avuto convulsioni, epilessia, disturbi neurologici? ☐ Si ☐ No
- E' allergico a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze?: ☐ Si ☐ No
- Ha mai avuto reazioni gravi a precedenti dosi di vaccino? ☐ Si ☐ No
- Se sì, quale reazione: \_\_\_\_\_
- Sta assumendo farmaci o effettuando trattamenti? ☐ Si ☐ No
- se sì specificare \_\_\_\_\_
- Ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da hiv  
ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri  
organi o apparati o disturbi della coagulazione ☐ Si ☐ No
- se sì specificare \_\_\_\_\_
- negli ultimi 6 mesi, ha attuato terapie di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è  
stata sottoposta a radioterapia o dialisi o interventi chirurgici nelle ultime 4 settimane ☐ Si ☐ No
- se donna, è in gravidanza o c'è la possibilità che sia in gravidanza nel prossimo mese ☐ Si ☐ No
- nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline ☐ Si ☐ No
- vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, hiv/aids) o sono  
sottoposte a terapia immunosoppressiva ☐ Si ☐ No



**PIEMONTE**

[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



**AZIENDA OSPEDALIERA  
S. CROCE E CARLE di CUNEO**

Via Michele Coppino, 26 - 12100 CUNEO  
Tel. +39 0171.641111 fax +39 0171.699545  
Email: [aso.cuneo@cert.legalmail.it](mailto:aso.cuneo@cert.legalmail.it)  
Sito web: <http://www.ospedale.cuneo.it>

P.I./Cod. Fisc. 01127900049

**Influvac S Tetra** puo' essere utilizzato durante tutte le fasi della gravidanza  
**Influvac S Tetra** . puo' essere utilizzato durante l'allattamento

#### CONTROINDICAZIONI

Ipersensibilità ai principi attivi, ad uno qualunque degli eccipienti elencati (Soluzione tampone:

- sodio cloruro - potassio cloruro- sodio fosfato dibasico diidrato- potassio diidrogeno fosfato- acqua per preparazioni iniettabili)

Ipersensibilità a qualunque componente che può essere presente in tracce come uova (ovalbumina, proteine del pollo), neomicina, formaldeide e 9-ottossinolo.

Non sono stati effettuati studi di interazione di altri farmaci con Vaxigrip Tetra. Sulla base dell'esperienza clinica con Vaxigrip, Vaxigrip Tetra può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini. Siti di iniezione separati e siringhe diverse devono essere utilizzati in caso di somministrazione concomitante.

#### Io sottoscritto/a

dichiaro:

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute;  
- di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

- informazioni contenute nell'allegato foglio illustrativo del vaccino;
- benefici e potenziali rischi della vaccinazione;
- necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la vaccinazione;
- necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

pertanto esprimo:

☐ CONSENSO

☐ DISSENSO

#### ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE SOPRA INDICATA

*firma leggibile dell'interessato*

Intramuscolare : ☐ deltoide dx ☐ deltoide sx



**REGIONE  
PIEMONTE**

[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)