



Procedura per la registrazione dell'anamnesi vaccinale

Scopo della procedura

Ridurre al minimo i rischi derivanti dall'attività vaccinale e massimizzarne gli effetti attraverso la conoscenza delle condizioni :

- che controindichino la vaccinazione
- ne suggeriscano il differimento
- richiedano cautelativamente la somministrazione in ambiente protetto.

Campo di applicazione

La procedura si applica in tutti gli ambulatori vaccinali.

Professioni coinvolte/professioni a cui si rivolge la procedura

Medici, Assistenti Sanitari, (o in assenza di infermiere incaricato),

Redazione del documento

A cura di: Responsabile Aziendale della gestione e della conservazione dei vaccini (Dott. Zivelonghi)

Revisione 1: 23/11/2007; **Documento in vigore, redatto il:** 25 novembre 2011

Approvato (Direttore Dipartimento)

Conservato presso: in formato cartaceo tutte le sedi vaccinali e in formato elettronico nella sezione modulistica <http://prevenzione.ulss20.verona.it/vaccinazioni.html>

Responsabilità della procedura

In ciascuna sede vaccinale viene nominato un **Responsabile per la registrazione dell'anamnesi vaccinale**, il quale raccoglie l'anamnesi, la registra e verifica l'esistenza o meno di controindicazioni alle vaccinazioni.

Presso l'Azienda Ulss20 di Verona Responsabile Aziendale per la registrazione dell'anamnesi vaccinale è il Dr. Giambattista Zivelonghi, Tel. 0458075942 fax 0458075088 mail Giambattista.zivelonghi@ulss20.verona.it

Referenti per le vaccinazioni:

- Distretto 1: Dott.ssa C. Biancotto /AS P. Bautti, Tel: 045 807 5571
- Distretto 2: Dott.ssa P. Residori/AS R. Vedovi, Tel. 045 493 2111
- Distretto 3: Dott.ssa T. Nguyen/AS R. Veronesi, Tel. 045 878 7777
- Distretto 4: Dott. C. Ramponi/AS B. Melotto, Tel. 045 613 8427

Riferimenti

- Regolamento della seduta vaccinale (DGRV 4057 del 22.12.2004)
- Stampato predisposto dalla Regione Veneto per i nuovi nati.
- Procedura "Registrazione Anamnesi Ulss19".
- "Raccomandazioni generali sulla pratica vaccinale" 2° edizione – Regione del Veneto, 2002
- Scheda anamnestica <http://www.levaccinazioni.it/Professionisti/Documenti/GuidalSS.pdf>

Glossario

Anamnesi: raccolta di specifiche informazioni inerenti alla nascita del soggetto, alle sue condizioni di salute, all'assunzione di farmaci e ad eventuali allergie o problemi insorti dopo precedenti vaccinazioni.



Attività, modalità operative e responsabilità

ATTIVITÀ	MODALITÀ OPERATIVE	FIGURE RESPONSABILI
Raccolta anamnesi Primo accesso	<p>La raccolta corretta dei dati anamnestici rappresenta l'atto fondamentale per verificare la presenza di controindicazioni e precauzioni in ogni persona prima della somministrazione di qualsiasi vaccinazione e prevenire, di conseguenza, la maggior parte delle reazioni avverse.</p> <p>L'AS del servizio di vaccinazione, rileva i dati anamnestici prevaccinali dal soggetto interessato, o dai genitori quando si tratti di un minore.</p> <p><i>Un trattamento sanitario, effettuato in assenza di una anamnesi corretta, può dare luogo tanto a responsabilità civile quanto a responsabilità penale, poiché configurerebbe colpa professionale,... valutabile quanto meno sotto il profilo della grave negligenza.... Pertanto è legittima la pretesa di richiedere la presenza di un genitore del minore.</i></p> <p><i>Si potrà fare a meno del genitore solo in casi eccezionalissimi (es. morte del genitore, abbandono, ecc.)⁽¹⁾</i></p> <p>Per quanto attiene alle vaccinazioni dell'infanzia, l'AS si servirà, come guida, dello schema predisposto dalla Regione Veneto, (allegato) da unire alla scheda vaccinale (opp. stampare sul retro).</p> <p>La raccolta dei dati deve essere registrata per avere:</p> <ul style="list-style-type: none">• prova documentata delle aree di indagine anamnestica esplorate;• prova documentata di eventuali disturbi e/o reazioni a precedenti vaccinazioni. <p>Se durante la raccolta dell'anamnesi, con o senza specifico stampato, l'AS rileva dubbi o problemi, presenta il caso al medico vaccinatore per un approfondimento, che verrà registrato sulla scheda vaccinale.</p>	Assistente Sanitario* MEDICO
Presenza di controindicazioni	Eventuali controindicazioni o limitazioni alla vaccinazione devono essere riportate con massima evidenza sulla scheda del soggetto e siglate dal personale sanitario.	Assistente Sanitario* MEDICO
Accessi successivi	Lo schema regionale, compilato per la prima volta in occasione della prima seduta vaccinale del bambino (3° mese o comunque al suo primo accesso), verrà di volta in volta aggiornato nelle sedute successive.	Assistente Sanitario*
Vaccinazione adulti	Per quanto attiene alle vaccinazioni dei soggetti adulti e dei ragazzi di età >15 anni, non viene compilato lo schema regionale in ogni voce, ma solo in quelle relative alle condizioni di salute, all'assunzione di farmaci e ad eventuali allergie o reazioni a precedenti vaccinazioni (nelle donne alla presenza di eventuale gravidanza).	Assistente Sanitario*
Scheda informatizzata	Nella registrazione delle vaccinazioni in anagrafe informatizzata deve essere possibile registrare anche l'anamnesi, per consentire l'accesso alle eventuali controindicazioni e/o reazioni avverse da tutti i punti vaccinali dell'Azienda. L' Anagrafe vaccinale regionale consentirà il controllo degli assistiti di tutte le Regioni.	Servizio Informatica Assistente Sanitario*
Rilevazione di "non conformità" (NC)	Qualora in una delle attività oggetto della procedura l'AS riscontri una significativa situazione di difformità, ne fa segnalazione scritta al medico del centro vaccinale e ne archivia una copia nel Registro delle Non Conformità, assegnandole un numero identificativo progressivo.	Assistente Sanitario*

(1) Parere del Responsabile Servizio Legale ULSS

* in assenza, Infermiere specificamente incaricato



ALLEGATO

ANAMNESI PRE-VACCINALE PEDIATRICA

1) **STA BENE** (cresce bene, è vivace, è di buon umore)?

2) **E' MAI STATO RICOVERATO:**

se sì, specificare se: per immunodeficienza
 per patologia neurologica
 per altro

3) **HA MAI AVUTO CONVULSIONI?**

se sì, specificare: con febbre,
 senza febbre.

4) **ASSUME FARMACI** con continuità?

se sì: cortisonici ad alte dosi,
 antiinfiammatori (es. aspirina),
 antiepilettici o sedativi.

5) **Ha ricevuto TRASFUSIONI o IMMUNOGLOBULINE?**

6) **E' ALLERGICO a** UOVA, ANTIBIOTICI (neomicina, kanamicina), COMPOSTI MERCURIALI
 GELATINA

7) **C'è qualche FAMILIARE o convivente che ha MALATTIE IMPORTANTI** (leucemie, tumori, AIDS, infezioni frequenti, o assume farmaci antitumorali o cortisonici)?

8) **Ha CONSANGUINEI** che hanno o hanno avuto **INFEZIONI GRAVI** nel primo anno di vita?

9) **HA AVUTO REAZIONI DOPO LE PRECEDENTI VACCINAZIONI?**

se sì specificare: REAZ. LOCALI
 REAZ. GENERALI lievi
 REAZ. GENERALI gravi (febbre >40°C, pianto stridulo >3 h, convulsioni febbrili, convulsioni senza febbre, ipotonia, collasso, altro).
