# ONCOLOGIA
# VACCINO anti-SARSCoV-2/COVID-19

Dal mese di aprile si procederà a effettuare la vaccinazione anti SARS-CoV-2 nei pazienti oncologici in trattamento attivo. La vaccinazione avrà luogo presso gli ambulatori della SC Oncologia e il paziente verrà contattato per la comunicazione dell'appuntamento.
Se è già stata effettua la prenotazione tramite il vostro Medico Curante, mantenga attualmente anche tale prenotazione e segua le indicazioni del suo Oncologo di riferimento.

Per effettuare il vaccino è necessaria la compilazione della documentazione allegata; vi chiediamo di compilare appena possibile la modulistica, di farla visionare al vostro Oncologo di riferimento e di consegnarla al momento della vaccinazione.

Segua le istruzioni:

| **Modulistica** | **Istruzioni** |
|---|---|
| Nota informativa | Prendere visione |
| Modulo anamnesi | Compilare accuratamente il modulo, senza apporre la firma finale. |
| Questionario per le allergie | Compilare accuratamente il questionario completo di firma. |
| Test dell'asma | Per i pazienti asmatici: rispondere alle 5 domande del test, segnare il punteggio corrispondente alla risposta, riportare la somma dei cinque punteggi nella casella totale. |
| Modulo di consenso | Compilare accuratamente il modulo, senza apporre la firma finale. |
| Dettagli operativi | Non compilare |

Nel caso di difficoltà alla compilazione della modulistica richiesta faccia riferimento al suo medico curante o al suo oncologo. .

**CONTATTI**

E' importante che qualora dovessero esserci impedimenti di qualsiasi natura (malori, imprevisti, ecc.) si contatti il centro il prima possibile per disdire l'appuntamento. Se entro il giorno precedente si può avvisare tramite:

- telefono al **0321-3733641** o **0321-3733548** (Lun-ven dalle 8.30 alle 15.00)
- oppure via email a **vaccino.covid@maggioreosp.novara.it**

Per imprevisti dell'ultimo minuto, durante la seduta vaccinale, contattare il **0321-3733877**
(Questi contatti non sono dedicati alla risposta di quesiti di natura clinico/assistenziale)

Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18
28100 Novara - Tel. 0321.3731
www.maggioreosp.novara.it

Cod. Fiscale - Part. IVA: 01521330033

**DIREZIONE SANITARIA DEI PRESIDI OSPEDALIERI**
**Direttore: Dott. Andrea Capponi**
0321 373 3957/3642 - 0321 373 3603
segre.ds@maggioreosp.novara.it

# R_AOU_8-098 INFORMATIVA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

## COMIRNATY (BioNTech/Pfizer)

Rif. Circolare prot. N° 12238-25/03/2021-DGPRE e 0012469-28/03/2021-DGPRE-DGPRE-P **Allegato Utente 2 (A02)**

### *Cos'è Comirnaty e a cosa serve*

Comirnaty è un vaccino utilizzato per la prevenzione di COVID-19, malattia causata dal virus SARS-CoV-2. Comirnaty viene somministrato agli adulti e agli adolescenti di età pari o superiore a 16 anni. Il vaccino induce il sistema immunitario (le difese naturali dell'organismo) a produrre gli anticorpi e le cellule del sangue attive contro il virus, conferendo così una protezione anti COVID-19. Poiché Comirnaty non contiene il virus per indurre l'immunità, non può trasmettere COVID-19.

### *Cosa deve sapere prima di ricevere Comirnaty*

Comirnaty non deve essere somministrato se è allergico al principio attivo o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale (elencati di seguito).

### *Avvertenze e precauzioni*

Si rivolga al medico o all'operatore sanitario del centro vaccinale prima di ricevere il vaccino se:
• ha avuto una grave reazione allergica o problemi respiratori dopo l'iniezione di un altro vaccino o dopo avere ricevuto Comirnaty in passato;
• è svenuto dopo un'iniezione;
• ha una malattia o un'infezione grave con febbre alta. Tuttavia, se ha una febbre lieve o un'infezione delle vie respiratorie superiori (come un raffreddore) potrà comunque ricevere la vaccinazione;
• ha un problema di sanguinamento, una tendenza alla formazione di lividi, o se usa medicinali per prevenire la formazione di coaguli di sangue;
• ha un sistema immunitario indebolito, a causa di una malattia come l'infezione da HIV, o di medicinali che influenzano il sistema immunitario, come i corticosteroidi.

### *Altri medicinali e Comirnaty*

Informi il medico o l'operatore sanitario del centro vaccinale se sta usando, ha recentemente usato o potrebbe usare qualsiasi altro medicinale, o se le è stato somministrato di recente qualsiasi altro vaccino.

### *Gravidanza e allattamento*

Se è in corso una gravidanza, se sospetta o sta pianificando una gravidanza o se sta allattando con latte materno, chieda consiglio al medico prima di ricevere questo vaccino.
I dati relativi all'uso di Comirnaty in donne in gravidanza sono limitati. Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti su gravidanza, sviluppo embrionale/fetale, parto o sviluppo post-natale. La somministrazione di Comirnaty durante la gravidanza deve essere presa in considerazione solo quando i potenziali benefici sono superiori ai potenziali rischi per la madre e per il feto.

### *Durata della protezione e limitazioni dell'efficacia del vaccino*

La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla.
Come per tutti i vaccini, la vaccinazione con Comirnaty potrebbe non proteggere tutti coloro che lo ricevono.
I soggetti potrebbero non essere completamente protetti fino a 7 giorni dopo la seconda dose del vaccino.

È pertanto essenziale continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni di sanità pubblica (mascherina, distanziamento e lavaggio frequente delle mani).

## *Come viene somministrato Comirnaty*

Comirnaty viene somministrato dopo diluizione sotto forma di iniezione intramuscolare nella parte superiore del braccio. È previsto un richiamo ed è raccomandabile che la seconda dose dello stesso vaccino sia somministrata 3 settimane dopo la prima dose per completare il ciclo di vaccinazione.
È molto importante che venga eseguita la seconda somministrazione per ottenere una risposta immunitaria ottimale. Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al suo medico curante o al centro vaccinale dove è stata somministrata la prima dose.

## *Possibili effetti indesiderati*

Come tutti i vaccini, Comirnaty può causare effetti indesiderati, sebbene non tutte le persone li manifestino.

*Effetti indesiderati molto comuni* (possono interessare più di 1 persona su 10):
nel sito di iniezione:

- dolore, gonfiore
- stanchezza
- mal di testa
- dolore muscolare
- dolore articolare
- brividi, febbre

*Effetti indesiderati comuni* (possono interessare fino a 1 persona su 10):

- arrossamento nel sito di iniezione
- nausea

*Effetti indesiderati non comuni* (possono interessare fino a 1 persona su 100):

- ingrossamento dei linfonodi
- senso di malessere
- dolore agli arti
- insonnia
- prurito nel sito di iniezione

*Effetti indesiderati rari* (possono interessare fino a 1 persona su 1.000): asimmetria temporanea di un lato del viso.
*Non nota* (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili): reazione allergica grave.
Se manifesta un qualsiasi effetto indesiderato, anche se non elencati di sopra, si rivolga al medico curante o contatti il centro vaccinale.
Può inoltre segnalare gli effetti indesiderati direttamente tramite il sistema nazionale di segnalazione (https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse).

## *Cosa contiene Comirnaty*

Il principio attivo è un vaccino a mRNA anti-COVID-19.
Gli altri componenti sono: ((4-idrossibutil)azanediil)bis(esano-6,1-diil)bis(2-esildecanoato) (ALC-0315); 2-[(polietilenglicole)-2000]-N,N-ditetradecilacetammide (ALC-0159); 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina (DSPC); ; potassio cloruro; potassio diidrogeno fosfato; sodio cloruro; fosfato disodico diidrato;
saccarosio; acqua per preparazioni iniettabili.

Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18
28100 Novara - Tel. 0321.3731
www.maggioreosp.novara.it

Cod. Fiscale - Part. IVA: 01521330033

**DIREZIONE SANITARIA DEI PRESIDI OSPEDALIERI**
**Direttore: Dott. Andrea Capponi**
0321 373 3957/3642 - 0321 373 3603 - segre.ds@maggioreosp.novara.it

**VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19:**
**ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI TRIAGE PREVACCINALE**
Rif. Circolare Ministeriale prot. N° 12238-25/03/2021-DGPRE rev. del 25/03/2021-DGPRE-DGPRE-P All. Utente 3 (A03)

| Nome e Cognome: | Telefono: | | |
|---|---|---|---|
| **Anamnesi** | **SI** | **NO** | **NON SO** |
| Attualmente è malato? | | | |
| Ha febbre? | | | |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>Se Sì specificare……<br>…… | | | |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | | | |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | | | |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto) | | | |
| Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | | | |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | | | |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | | | |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?<br>Se sì, quale/i..... | | | |
| Per le donne:<br>- è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | | | |
| - sta allattando? | | | |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti?<br>Se Sì specificare……<br>…… | | | |
| | | | |

**ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI ANAMNESI COVID19 – CORRELATA**

| **Anamnesi COVID-Correlata** | **SI** | **NO** | **NON SO** |
|---|---|---|---|
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? | | | |
| Manifesta uno dei seguenti sintomi? | | | |
| - Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali? | | | |
| - Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? | | | |
| - Dolore addominale/diarrea? | | | |
| - Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? | | | |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? | | | |
| | | | |

Test COVID-19

- Nessun test COVID-19 recente
- Test COVID-19 – Negativo ( Data_____)
- Test COVID-19 – Positivo ( Data_____)
- In attesa di test COVID -19 ( Data_____)

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di Salute

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

FIRMA dell'Operatore che ha raccolto l'anamnesi

_____

FIRMA del vaccinando

_____

Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18
28100 Novara - Tel. 0321.3731
www.maggioreosp.novara.it

UPO UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO ED ONCOLOGICO
**S.C.D.U. ONCOLOGIA**
Direttore: Prof.ssa Alessandra GENNARI

## QUESTIONARIO PER ALLERGICI PRE-VACCINO

(Se ha difficoltà nella compilazione contatti il suo medico di base)

**CHE TIPO DI ALLERGIA HAI:**

□ **RINITE** □ **ASMA** □ **ORTICARIA CRONICA**

**ALLERGIA A:** □ **ALIMENTI** □ **FARMACI** □ **VACCINI** □ **IMENOTTERI** □ **LATTICE**

**1. Hai mai avuto una reazione anafilattica severa (manifestazioni respiratorie e/o cardiocircolatorie) ad un farmaco iniettabile (endovena, intramuscolo o sottocute)?**

□ SI □ NO

**2. Hai mai avuto una reazione anafilattica severa (manifestazioni respiratorie e/o cardiocircolatorie) ad un vaccino?**

□ SI □ NO

**3. Hai mai avuto una reazione anafilattica severa (manifestazioni respiratorie e/o cardiocircolatorie) ad un altro allergene (es. alimento, puntura di imenottero, lattice)?**

□ SI □ NO

**4. Soffri di asma bronchiale non controllato?**
(utilizza il questionario ACT per valutare il controllo)

□ SI (ACT < 20) □ NO (ACT ≥ 20)

**5. Soffri di orticaria attiva con necessità di terapia con cortisone?**

□ SI □ NO

**6. Soffri di mastocitosi?**

□ SI □ NO

**7. Hai mai avuto una severa reazione allergica al glicole polietilenico (PEG), a polisorbato o olio di ricino poliossile 35 (es. paclitaxel) contenuto in un farmaco iniettabile o in un vaccino?**

□ SI □ NO

**Data:** _____ **Cognome e nome (in stampatello):** _____

**Firma:** _____

# Test per il controllo dell'asma (ACT™)

Il seguente test può aiutare le persone asmatiche (dai 12 anni in su) a valutare se la loro asma è sotto controllo.

Ti preghiamo di fare un cerchietto attorno al numero che corrisponde alla tua risposta per ciascuna domanda. In totale ci sono CINQUE domande.

Puoi calcolare il punteggio totale del test per valutare se la tua asma è sotto controllo, sommando i numeri per ciascuna delle tue risposte. Ricordati di rivedere i risultati insieme al tuo medico.

**Gira la pagina** per scoprire il significato del tuo punteggio.

## Scopri il punteggio della tua asma

**1° passo**: per ciascuna domanda fai un cerchietto attorno al numero che corrisponde alla tua risposta e scrivi il numero nella casella a destra. Ti preghiamo di rispondere nel modo più sincero possibile. Questo servirà a te e al tuo medico per conoscere le condizioni effettive della tua asma.

| | | | | | | | PUNTI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Domanda 1** | Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso l'asma ti ha impedito di fare tutto ciò che avresti fatto di solito al lavoro, a scuola/università o a casa? | | | | | | |
| | Sempre 1 | Molto spesso 2 | A volte 3 | Raramente 4 | Mai 5 | | |
| **Domanda 2** | Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai avuto il fiato corto? | | | | | | |
| | Più di una volta al giorno 1 | Una volta al giorno 2 | Da 3 a 6 volte la settimana 3 | Una o due volte la settimana 4 | Mai 5 | | |
| **Domanda 3** | Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso i sintomi dell'asma (fischio, tosse, fiato corto, costrizione o dolore al petto) ti hanno svegliato/a di notte o più presto del solito al mattino? | | | | | | |
| | 4 o più notti la settimana 1 | Da 2 a 3 notti la settimana 2 | Una volta la settimana 3 | Una o due volte 4 | Mai 5 | | |
| **Domanda 4** | Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai usato il farmaco di emergenza per inalazione o per aerosol (come Salbutamolo)? | | | | | | |
| | 3 o più volte al giorno 1 | 1 o 2 volte al giorno 2 | 2 o 3 volte la settimana 3 | Una volta la settimana o meno 4 | Mai 5 | | |
| **Domanda 5** | Nelle ultime 4 settimane, quanto credi di aver tenuto sotto controllo la tua asma? | | | | | | |
| | Per niente sotto controllo 1 | Scarsamente sotto controllo 2 | Abbastanza sotto controllo 3 | Ben sotto controllo 4 | Completa-mente sotto controllo 5 | | |

**2° passo**: somma i tuoi punti per ottenere il totale.

**3° passo**: **gira la pagina** per scoprire il significato del tuo punteggio.

TOTALE

## Scopri il punteggio della tua asma

**Appendice 4** **Codice Paziente** |_|_|_|

**Punteggio: 25 – Complimenti!**

Nelle ultime 4 settimane la tua asma è stata **COMPLETAMENTE SOTTO CONTROLLO**.
Non hai sintomi né limitazioni dovute all'asma. Consulta il tuo medico se si verificano dei cambiamenti.

**Punteggio: da 20 a 24 – Sei dentro il bersaglio**

Nelle ultime 4 settimane probabilmente la tua asma è stata **BEN SOTTO CONTROLLO** ma non **COMPLETAMENTE SOTTO CONTROLLO**. Il tuo medico potrebbe aiutarti a tenerla **COMPLETAMENTE SOTTO CONTROLLO**.

**Punteggio: meno di 20 – Sei fuori dal bersaglio**

Nelle ultime 4 settimane probabilmente la tua asma **NON** è stata **SOTTO CONTROLLO**.
Il tuo medico può consigliarti un programma terapeutico per aiutarti a migliorare il controllo della tua asma.

Italy / Italian
© 2002, by QualityMetric Incorporated.
Asthma Control Test is a trademark of QualityMetric Incorporated.
[Insert link to local website]



# Test per il controllo dell'asma (ACT™)

## Scopri il punteggio della tua asma

Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18
28100 Novara - Tel. 0321.3731
www.maggioreosp.novara.it

Cod. Fiscale - Part. IVA: 01521330033

**DIREZIONE SANITARIA DEI PRESIDI OSPEDALIERI**
**Direttore: Dott. Andrea Capponi**
0321 373 3957/3642 - 0321 373 3603 - segre.ds@maggioreosp.novara.it

# CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

Rif. Circolare Ministeriale prot. N° 12238-25/03/2021-DGPRE rev. 0012469-28/03/2021-DGPRE-DGPRE-P - Allegato Utente 1 (A01)

| | |
|---|---|
| Nome e Cognome: ..... | |
| Data di nascita: ..... | Luogo di nascita: ..... |
| Residenza: ..... ..... | Telefono: ..... ..... |
| Tessera sanitaria (se disponibile): N. ..... | |

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

==========

**ACCONSENTO ED AUTORIZZO** la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino
o del suo Rappresentante Legale

_____

**RIFIUTO** la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino
o del suo Rappresentante Legale

_____

***Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale***

1.Nome e Cognome (Medico)

_____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

_____

2. Nome e Cognome (Medico o altro Operatore Sanitario)

_____

Ruolo_____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma

_____

***La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.***

Rif. R_AOU_8-098 Informativa e Consenso Vaccino PFIZER - operatori

Dettagli operativi della vaccinazione

| | **Sito di iniezione** | LOT. N° | Data di scad. | Luogo di somministrazione | Data e ora di Ssmministrazione | Firma Sanitario |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1a dose** | Braccio destro / Braccio sinistro | | | | | |
| **2° dose** | Braccio destro / Braccio sinistro | | | | | |