

U.O. di RISK MANAGEMENT
Responsabile : Dott. Berardo S. Cavalcanti
Via Duca degli Abruzzi .15 Cosenza

PERCORSO ASSISTENZIALE

PERCORSO TEMPORALE ED OPERATIVO
DELLA ATTIVITA' ALL'INTERNO DEL VACCINALE
PREVENZIONE DELLE REAZIONI AVVERSE

GRUPPO DI LAVORO

U.O. Risk Management	Dott. Berardo Silvio Cavalcanti Dott. Roberto Cundari
<u>Direzione Dipartimento di Prevenzione</u> <u>Cosenza</u>	<u>Dott. Marcello Perrelli</u>
U.O.C. Igiene Pubblica e Medicina Preventiva –Cosenza-	Dott. Fabio Fabiano
Coordinamento Centri Vaccinali Cosenza	Dott.ssa Rosanna Fortino
Responsabile Centro Vaccinale	Dott.ssa Concetta Floccari
Responsabile Centro Vaccinale	Dott.ssa Anna Galantucci
Responsabile Centro Vaccinale	Dott. Angelo Guagliardi
Responsabile Centro Vaccinale	Dott.ssa Michelina Robertazzo
Responsabile Centro Vaccinale	Dott. Ippolito Spagnuolo
Responsabile Centro Vaccinale	Dott. Elmiro Zito

Identificazione della prestazione e degli utenti

- **Tipologia della Prestazione**

Vaccinazioni e Educazione Sanitaria

Vaccinazioni:

- **Raccomandate (già Obbligatorie)**

1. Difterite
2. Tetano
3. Poliomielite
4. Epatite B

- **Raccomandate-**

1. Pertosse
2. Haemofilus Influenzae tipo B
3. Pneumococco (adulti- bambini)
4. Meningococco tipo C e quattro sierotipi
5. Varicella
6. Morbillo*
7. Parotite*
8. Rosolia*
9. Antinfluenzale adiuvato
10. Antiinfluenzale non adiuvato
11. Anti HPV
12. Epatite A
13. Epatite A- B
14. Tifo
15. Colera
16. Antirabbica post esposizione

- **Utenti**

- Adulti
- Minori

*Piano di eliminazione nazionale

LA CATENA DEL FREDDO

La temperatura raccomandata del vaccino deve essere garantita dall'atto della produzione dello stesso sino all'utilizzo.

Il trasporto del vaccino sino all'ambulatorio vaccinale deve essere pertanto attuato mediante l'utilizzo di borse termiche o frigoriferi portatili con mattonelle refrigeranti. Al momento del ricevimento tutti i vaccini devono essere controllati dall'Operatore Sanitario, per la verifica dello stato di mantenimento della catena del freddo.

I vaccini devono essere riposti in frigoriferi dedicati.

Il frigorifero dotato di termografo - termometro esterno e diagramma di registrazione deve essere allocato lontano da fonti di calore ed in luogo ventilato, non esposto al sole, con distanza dalla parete di almeno 10 cm.

In mancanza del dispositivo per la registrazione continua della temperatura il frigorifero può essere dotato di un termometro a sonda leggibile dall'esterno o di un termometro a massima e minima posizionato all'interno.

Il controllo della temperatura deve essere effettuato dall'Operatore Sanitario ogni mattina prima dell'inizio dell'attività ed almeno due volte al giorno.

La temperatura, i cui valori possono essere ricompresi tra 2°C e 8°C, deve essere rilevata e registrata sempre alla stessa ora. Il vaccino non deve essere congelato. I vaccini devono essere mantenuti nella loro confezione originale e posizionati, preferibilmente al centro del frigorifero, secondo una modalità che consenta l'utilizzo di quelli più prossimi alla scadenza.

In caso di sospensione dell'alimentazione elettrica è buona pratica mantenere chiusa la porta del frigorifero. All'interno del frigorifero devono essere presenti alcune mattonelle termiche per il mantenimento della temperatura in caso di sospensione dell'alimentazione elettrica.

Manutenzione del frigorifero :

La sostituzione del grafico deve essere effettuata ogni fine settimana

La pulizia del frigorifero deve essere effettuata almeno ogni sei mesi utilizzando candeggina per uso domestico diluita all'1%.

Lo sbrinamento periodico deve essere effettuato per come indicato dal costruttore. Gli interventi di manutenzione devono essere effettuati dal Tecnico ASP su richiesta

RICOGNIZIONE DEI VACCINI –FARMACI E PRESIDI

L'ambulatorio deve essere dotato di un registro di carico e scaricovaccini

La ricognizione dei vaccini, in ordine a quantità e data di scadenza , deve essere effettuata dall'Operatore Sanitario ogni giorno prima dell'inizio dell'attività L'ambulatorio deve essere dotato di un registro dei farmaci

I farmaci devono essere conservati in idoneo armadio farmaceutico

La ricognizione dei farmaci deve essere effettuata giornalmente dall'Infermiere prima dell'inizio dell'attività ambulatoriale L'ambulatorio deve essere dotato del kit d'emergenza Il Kit d'emergenza deve contenere

1. Adrenalina 1:1000-

La data di scadenza dell'adrenalina deve essere scritta all'esterno del kit.

Attenzione : l'adrenalina è sensibile alla luce , se appare di colore brunito deve essere scartata.

2. Siringhe da 1 ml meglio se da tuberculina con ago removibile

3. Aghi di varia lunghezza

4. Soluzione fisiologica in fiale da 10 ml

5. Siringhe da 10 ml per diluizione dell'adrenalina

6. Attrezzatura di base per la rianimazione cardio polmonare

7. Sfigmomanometro pediatrico- adulti

8. Fonendoscopio pediatrico- adulti

- Pallone Ambu con mascherine di diversa dimensione

- Cannule oro faringee nelle diverse misure

Attenzione: Data la repentinà della reazione il kit deve essere di facile accesso.

Altri farmaci da conservare in armadio farmaceutico sono:

Cortisonici— Antistaminici— Adrenergici-- Broncodilatatori spray--Soluzioni fisiologica -- Soluzione glucosata-- Plasma expander

Presidi propri dell'ambulatorio medico :

Siringhe — Cotone — Cerotti— Disinfettanti-- Ago cannule—Deflussori- Lenzuolini. L'ambulatorio deve essere dotato di :

Dispositivo di erogazione di ossigeno con relative connessioni e mascherine di dimensioni varie.

La presenza del livello di ossigeno e dei presidi di erogazione e del materiale di consumo deve essere verificata, dall'Operatore Sanitario, ogni giorno prima

Procedura delle Vaccinazioni Obbligatorie

A) Acquisizione del nominativo dell'Utente :

avviene mediante acquisizione periodica e consultazione degli elenchi dell'Anagrafe Vaccinale forniti dal Comune in ordine a nuovi nati, immigrati, emigrati--

L'anagrafe vaccinale costituisce

- archivio con valenza medico legale
- elemento di programmazione dell'attività
- verifica della copertura vaccinale

I dati anagrafici vengono trascritti dall'Amministrativo/Infermiere su apposito registro delle vaccinazioni - Tesserino vaccinale/Libretto Regionale

B) Convocazione

Prima convocazione effettuata dal Centro Vaccinale per chiamata attiva o dal Comune

Formulazione dell'invito attivo alla seduta vaccinale :

l'invito deve indicare sede, orari, modalità di differimento in caso di impedimento, numeri telefonici per contatti.

L'epoca di successiva convocazione deve essere annotata sul tesserino vaccinale

C) Destinatario della Convocazione

Il vaccinando minore per il tramite dei Genitori

Il vaccinando adulto

D) I° Data di convocazione

E' individuata a cadenza prestabilita , entro il III° mese , tra il 61° ed il 90° giorno di vita.

E) Responsabile della convocazione

Il Responsabile Sanitario del Centro Vaccinale secondo la organizzazione interna definita o il Comune

F) Epoca di effettuazione

La prestazione viene erogata tutti i giorni dell'anno dalle ore 9,00 alle ore 12 ,00 ed il Martedì ed il Giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Sono esclusi il Sabato- la Domenica - le Festività

(Nel Distretto di Rende si accede alla prestazione con prenotazione su lista d'attesa previa consultazione di apposito registro)

G) Controllo degli assenti

Periodicamente (massimo ogni due mesi) si controlla il registro dell'anagrafe vaccinale per l'inoltro di cartoline di sollecito in caso di ritardo o assenze.

PERCORSO TEMPORALE ED OPERATIVO DELLA ATTIVITA' ALL' INTERNO DEL CENTRO VACCINALE

Percorso assistenziale atto a ridurre il rischio clinico

Tutti i vaccini possono provocare reazioni avverse .

L'incidenza delle reazioni avverse può essere ridotta mediante il controllo prevaccinale

In tutti i centri di vaccinazione devono essere note le procedure da applicare nel caso si verifichi una reazione anafilattica

L' ATTIVITA' VACCINALE

Per attività vaccinale si intende il percorso temporale ed operativo che inizia con l'apertura dell'ambulatorio di vaccinazione e termina con la chiusura dello stesso.

La seduta vaccinale è presieduta dal Medico, presente nella sede operativa, ed è condotta dallo stesso unitamente all' infermiere. Nella attività il personale sanitario è coadiuvato dal personale non medico

Il medico che presiede la seduta vaccinale:

- assume la responsabilità generale in ordine alla gestione della stessa;
- verifica quindi la corretta conduzione dell'operatività ;
- garantisce l'approfondimento informativo e la decisione relativamente alla praticabilità della vaccinazione ogni qualvolta emergano dubbi da parte del personale sanitario o dei genitori;
- dirige il pronto intervento in caso di emergenza dovuta a reazione a vaccino a rapida insorgenza o altro;
- comunque esercita ogni altra funzione che contribuisca ad assicurare il regolare svolgimento dell'attività;
- può svolgere tutte le attività di seguito descritte per il personale sanitario e non sanitario.

L'inizio dell'attività prevede **quale primo atto** che l'Infermiere proceda alla

- Verifica della catena del freddo
- Ricognizione dei vaccini ,farmaci e dei presidi
- Compilazione check list

INIZIO DELLA ATTIVITA' CLINICA

**PROCEDURA D'EMERGENZA
PER LA REAZIONE ANAFILATTICA**

1) Gestione iniziale

- Chiamare un secondo operatore senza lasciare il paziente da solo
- Richiedere l'immediato intervento dell'ambulanza tramite il 118 specificando che si è in presenza di grave reazione allergica
- Somministrare il farmaco : adrenalina per via sottocutanea

Istruzioni per la diluizione

Preparazione

1 fiala di adrenalina da 1 ml

1 fiala di soluzione fisiologica 10 ml

1 siringa da 10 ml

1 siringa da insulina

Procedura

aprire entrambe le fiale

aspirare l'intera fiala di soluzione fisiologica con la siringa da 10 ml

*eliminare la soluzione fisiologica fino a che non rimangano nella siringa 9 ml
esatti*

*aspirare per intero il contenuto della fiala di adrenalina – 1 ml- nella stessa
siringa*

iniettare l'intero contenuto nella fiala vuota da 10 ml affinché possano mescolarsi

aspirare con la siringa da insulina il quantitativo idoneo di adrenalina diluita

iniettare il quantitativo prelevato sottocute

Kg di Peso	Adrenalina da iniettare
5	0,5 ml
10	1 ml
15	1,5 ml
20	2 ml
25	2,5 ml
30	3 ml

Attenzione :

- In assenza di risposta al farmaco ripetere la somministrazione dopo 5-15 minuti per un massimo di tre volte cambiando la sede di inoculo
- Praticare Ossigenoterapia
- Verificare lo stato di coscienza. : chiamare e scuotere il paziente ed apprezzare adeguate risposte.

Nei casi in cui si verifica perdita di coscienza bisogna procedere:

- -all' *apertura delle vie aeree*
A tal fine si esegue la manovra di iperestensione della testa premendo con una mano la fronte e sollevando contemporaneamente , la mandibola con l'altra mano avendo posizionato la stessa sotto l'arco della mandibola;
- al controllo dell' attività respiratoria :
in presenza di attività respiratoria posizionare il paziente in decubito laterale (posizione di sicurezza)
in assenza di attività respiratoria ventilare artificialmente senza strumentario (bocca –bocca/ naso-bocca)
o con apparecchiature manuali (pallone tipo Ambu con maschera sagomata)

Attenzione : in caso di ventilazione artificiale utilizzare la cannula orofaringea con funzione di abbassalingua

- Se assente l'attività cardiaca iniziare le manovre di massaggio cardiaco esterno con frequenza di 15 massaggi/2 insufflazioni se soccorritore unico—
5 massaggi/1 insufflazione se presenti due soccorritori.
- Inviare il paziente in ospedale segnalando tipo di vaccino, lotto, casa produttrice, data di preparazione e trattamento terapeutico effettuato in emergenza

Uscita dalla procedura

L'Operatore sanitario procede alla trascrizione della avvenuta vaccinazione su idoneo registro vaccinale/scheda personale segnalando

ora/ data/

tipo di vaccinazione

dose

numero lotto

scadenza

sede di inoculo

deltoide (oltre i 12 mesi) intramuscolo

tricipite (oltre i 12 mesi) sottocutaneo

gluteo

coscia antero laterale (fino a 12 mesi)

lato

destro

sinistro

Procede alla registrazione di una eventuale reazione avversa

Procede alla trascrizione della avvenuta vaccinazione su tesserino personale

Indica la data del successivo accesso

Procede alla trascrizione dell'utilizzo del vaccino su registro di carico e scarico con indicazione del lotto e scadenza

Comunica al genitore le norme di sicurezza per reazioni avverse a distanza di tempo.

Invita il vaccinato (il genitore) a restare in osservazione per 30 minuti, prima di allontanarsi dall'ambulatorio per assicurarsi che non si sviluppi una reazione avversa

CENTRO VACCINALE
CHEK LIST
INIZIO ATTIVITA'

Centro Vaccinale	Cosenza Acri Montalto Rende Rogliano	
Data -- Ora	/ /	
Linea telefonica funzionante	SI NO	
Frigorifero funzionante	SI NO	
Registrazione continua della temperatura in funzione	SI NO	
Temperatura	Orario	Gradi
Ricognizione vaccini effettuata	SI NO	
Ricognizione kit d'emergenza effettuata	SI NO	
Ricognizione farmaci effettuata	SI NO	
Ricognizione presidi effettuata	SI NO	
Ricognizione dispositivo erogazione ossigeno effettuata	SI NO	
Segnalazioni		

Firma dell'Operatore Sanitario che ha effettuato le verifiche

ASP REGIONE CALABRIA
 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

ANAMNESI PRE VACCINALE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Data della prima vaccinazione _____ SEDUTA VACCINALE

1 SI NO	2 SI NO	3 SI NO	4 SI...NO	5 SI...NO
---------	---------	---------	-----------	-----------

Il bambino cresce bene, è di buon umore ?	Si	No
Se adolescente/adulto, lo sviluppo fisico è nella norma?	Si	No
E' allergico a qualche medicina o alimento?	Si	No
Si sono verificate reazioni anafilattiche documentate?	Si	No
Ha ricevuto emotrasfusioni o immunoglobuline?	Si	No
Ha avuto convulsioni o altri disturbi neurologici?	Si	No
E' stato affetto da malattie infettive?	Si	No
Ha avuto reazioni gravi in rapporto con precedenti vaccinazioni?	Si	No
E' stato sottoposto a ricoveri ospedalieri?	Si	No
Assume con continuità farmaci?	Si	No
E'in stato di gravidanza ?	Si	No
Data dell'ultima mestruazione _____		
Ha febbre ? da quanti giorni ?	Si	No
Ha diarrea cronica ?	Si	No
Ha consanguinei , familiari, conviventi affetti da malattie gravi?		

In caso di risposte affermative specificare _____

E' idoneo alla vaccinazione Si rinvia la vaccinazione,

Si esonera dalla vaccinazione, E' opportuna la consultazione di altri specialisti

Firma dell'Operatore Sanitario _____

ASP REGIONE CALABRIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

1

CONSENSO INFORMATO

(Vaccinando Minorenne)

Per il minore Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____ sulle indicazioni , le controindicazioni e gli effetti collaterali a breve e lungo termine delle vaccinazioni e sui rischi sulla salute in caso di mancata vaccinazione.

Informato sulla effettuazione del ciclo vaccinale completo con i seguenti vaccini.

Barrare si X per acconsentire Barrare no X per non acconsentire.

Anti epatite B	SI	NO
Anti epatite A	SI	NO
Anti epatite A-B	SI	NO
Anti poliomielite	SI	NO
Antipertosse	SI	NO
Anti H. influenzae tipo B	SI	NO
Antitetanica	SI	NO
Antidifterica	SI	NO
Antimorbillo-parotite-rosolia	SI	NO
Antipneumococco coniugato	SI	NO
Antimeningococco coniugato	SI	NO
Antivaricella	SI	NO
Antirovirus	SI	NO
Anti colera	SI	NO
Anti tifo	SI	NO
Antirabbica	SI	NO
Anti-influenzale adiuvato	SI	NO
Antiinfluenzale non adiuvato	SI	NO
Anti H.P.V	SI	NO
Dichiarando		
1. di avere preso visione della specifica informativa allegata		
2. che la minore/adolescente non è in stato di gravidanza		
3. che la data di ultima mestruazione è _____		

Dichiarando di avere compreso l'invito ad attendere in sala almeno trenta minuti dopo la effettuazione della vaccinazione

Acconsento alla effettuazione della vaccinazione

Il genitore del vaccinando/ esercente la patria potestà sul minore

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Data _____ Firma del Genitore _____

CONSENSO INFORMATO

(Vaccinando maggiorenne)

3

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____ sulle indicazioni , le controindicazioni e gli effetti collaterali a breve e lungo termine delle vaccinazioni e sui rischi sulla salute in caso di mancata vaccinazione.

Pertanto acconsento alla effettuazione del ciclo vaccinale completo con i seguenti vaccini.

Per vaccinazione Anti H.P.V

Dichiaro

1. di avere preso visione della specifica informativa allegata
2. di non essere in stato di gravidanza
3. che la data di ultima mestruazione è _____

Dichiaro di avere compreso l'invito ad attendere in sala almeno trenta minuti dopo la effettuazione della vaccinazione

Acconsento alla effettuazione della vaccinazione

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

