

Servicio de Prevención del Área de Salud de

**VACUNA A ADMINISTRAR**
 GRIPE Marca: FLUAD®      LOTE:      FECHA: / / /

**Por favor, cumplimenta todos los datos. Muchas gracias por tu colaboración**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre: Apellidos:

Fecha de nacimiento: Edad: DNI/NIF:

Hospital/Centro de trabajo:

Servicio/Unidad: Categoría:

Patología crónica:  NO       SÍ (especificar):¿Te vacunaste de la gripe el año pasado 2024?  NO     SÍ¿Tuviste algún efecto secundario?:  NO     SÍ¿Pasaste la gripe el año pasado?  NO     SÍ

*Las personas que contraen la gripe a menudo presentan algunos o todos de estos síntomas: fiebre, dolores musculares, dolor de garganta, mucosidad nasal, tos seca, cansancio, cefalea, malestar general*

***La vacuna antigripal FLUAD ® está compuesta de antígenos de superficie, inactivados, con adyuvante MF59C.1.***

**Alergia a: ovoalbúmina, proteínas del pollo, Kanamicina, sulfato de neomicina, formaldehido, bromuro de cetiltrimetilamonio (CTAB) e hidrocortisona.    si  no**

**INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA ANTIGRIPAL**

**El personal sanitario ( $\geq 60$  años) está incluido dentro de los grupos en los que la vacunación antigripal está indicada.** La pauta de vacunación consiste en la administración de 1 dosis de vacuna de 0,5 ml, por vía intramuscular en Deltoides.

La vía intramuscular es segura en los pacientes con tratamientos anticoagulantes orales bien controlados. Ante cualquier duda, realizar valoración médica individual sobre el estado de coagulación.

**Precauciones:**

- Disponer del tratamiento médico y la supervisión apropiada en el caso de que ocurra un episodio anafiláctico.

**-NO ADMINISTRAR POR VÍA INTRAVENOSA O SUBCUTÁNEA.**

En caso de duda sobre el historial personal de alergias realizar valoración médica para evaluar riesgo/beneficio de la vacunación.

- Administrar con precaución a las personas con trombocitopenia o un trastorno hemorrágico, ya que puede aparecer una hemorragia después de la administración intramuscular.

**Contraindicaciones:**

- Reacción anafiláctica a una dosis previa de vacuna antigripal

- Antecedente de reacción alérgica severa a los principios activos, excipientes o residuos de la vacuna.

- La vacuna puede contener residuos de: Kanamicina, sulfato de neomicina, formaldehido, bromuro de cetiltrimetilamonio (CTAB) e hidrocortisona.

- La vacunación deberá posponerse en casos de estados febriles hasta que remita la fiebre.

**Efectos secundarios más frecuentes:** dolor en el lugar de la inyección, fatiga, cefalea, pérdida de apetito, náuseas, diarrea, mialgia, artralgia, equimosis, escalofríos, eritema, induración, enfermedad pseudogripe, vómitos y fiebre.

**Efectos secundarios muy infrecuentes:** trombocitopenia, linfadenopatía, astenia, hinchazón extremidad, reacciones alérgicas (choque anafiláctico, anafilaxia y angioedema), dolor extremidad, debilidad muscular, Encefalomielitis. S. Guillain Barré, convulsiones, neuritis, neuralgia, parestesias, síncope y presíncope. Reacciones cutáneas, vasculitis con afectación renal transitoria.

*Si observas cualquier otra reacción no descrita en este proceso, rogamos nos lo comuniques.*

SI    NO    NS

¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted fiebre actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es usted alérgico a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Información sobre Protección de Datos</b>	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional
<b>Finalidad</b>	Gestión de la historia clínico-laboral (campañas de vacunación de los Servicios de Prevención de las Áreas de Salud)
<b>Legitimación</b>	Consentimiento del titular (artículos 6.1.a) y 9.2.a) RGPD) Medicina preventiva y laboral (artículo 9.2.h) RGPD)
<b>Plazo de conservación</b>	Los datos recogidos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación: Orden CYT/27/2012, de 10 de enero.
<b>Destinatarios</b>	Servicios de Prevención de las Áreas de Salud, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, y organismos oficiales de estadística. No están previstas transferencias internacionales de los datos
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos cuando éstos no sean necesarios para las finalidades descritas, así como a limitar, oponerse al tratamiento y a solicitar la portabilidad de sus datos en los términos de los artículos 17, 18 y 20 del RGPD. La solicitud de ejercicio de estos derechos podrá presentarse ante el responsable del tratamiento, ante el Delegado de Protección de Datos o mediante reclamación presentada ante la Agencia Española de Protección de Datos
<b>Direcciones de contacto</b>	Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional: <a href="mailto:ssl@saludcastillayleon.es">ssl@saludcastillayleon.es</a> Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpd@saludcastillayleon.es">dpd@saludcastillayleon.es</a> Agencia Española de Protección de Datos: C/ Jorge Juan 6, 28001 Madrid, o a través de su Web: <a href="http://www.agpd.es">www.agpd.es</a>

Firma del sanitario que informa:

**He decidido NO AUTORIZAR que se me administre la vacuna propuesta**

**FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

*Nombre y apellidos*

**Los motivos por los que no se vacuna son:**

- La gripe no supone un problema de salud para mí       La vacuna es poco efectiva
- Mi vacunación no sirve para evitar un problema de salud a otras personas
- Miedo a los efectos secundarios       Falta de información sobre la vacuna
- Miedo al pinchazo       Otras (especificar)

**He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

**FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

*Nombre y apellidos*