


LOGO/NOMBRE GERENCIA	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN GRIPE	 Gerencia Regional de Salud
----------------------	--	---

Servicio de Prevención del Área de Salud de

VACUNA A ADMINISTRAR

<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (especificar):			
¿Te vacunaste de la gripe el año pasado 2024? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		¿Tuviste algún efecto secundario?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
¿Pasaste la gripe el año pasado? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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, formaldehído, bromuro de cetiltrimetilamonio (CTAB) e hidrocortisona. si ☐ no ☐

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA ANTIGRIPAL
--

<p>El personal sanitario (≥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.</p> <p>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.</p> <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Disponer del tratamiento médico y la supervisión apropiada en el caso de que ocurra un episodio anafiláctico. <p>-NO ADMINISTRAR POR VÍA INTRAVENOSA O SUBCUTÁNEA.</p> <p>En caso de duda sobre el historial personal de alergias realizar valoración médica para evaluar riesgo/beneficio de la vacunación.</p> <ul style="list-style-type: none">- Administrar con precaución a las personas con trombocitopenia o un trastorno hemorrágico, ya que puede aparecer una hemorragia después de la administración intramuscular. <p>Contraindicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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, formaldehído, bromuro de cetiltrimetilamonio (CTAB) e hidrocortisona.- La vacunación deberá posponerse en casos de estados febriles hasta que remita la fiebre.	<p>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 pseudogripal, vómitos y fiebre.</p> <p>Efectos secundarios muy infrecuentes: trombocitopenia, linfadenopatía, astenia, hinchazón extremidad, reacciones alérgicas (choque anafiláctico, anafilaxis y angioedema), dolor extremidad, debilidad muscular, Encefalomielitis. S. Guillain Barré, convulsiones, neuritis, neuralgia, parestesias, síncope y presíncope. Reacciones cutáneas, vasculitis con afectación renal transitoria.</p> <p><i>Si observas cualquier otra reacción no descrita en este proceso, rogamos nos lo comuniquemos.</i></p> <p>SI NO NS</p> <table><tr><td>¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Tiene usted fiebre actualmente?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Es usted alérgico a algún medicamento?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?				¿Tiene usted fiebre actualmente?				¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?				¿Es usted alérgico a algún medicamento?				¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?				¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?																									
¿Tiene usted fiebre actualmente?																									
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?																									
¿Es usted alérgico a algún medicamento?																									
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?																									
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?																									

Información sobre Protección de Datos	
Responsable	Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional
Finalidad	Gestión de la historia clínico-laboral (campañas de vacunación de los Servicios de Prevención de las Áreas de Salud)
Legitimación	Consentimiento del titular (artículos 6.1.a) y 9.2.a) RGPD) Medicina preventiva y laboral (artículo 9.2.h) RGPD)
Plazo de conservación	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.
Destinatarios	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
Derechos	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
Direcciones de contacto	Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional: ssl@saludcastillayleon.es Delegado de Protección de Datos: dpd@saludcastillayleon.es Agencia Española de Protección de Datos: C/ Jorge Juan 6, 28001 Madrid, o a través de su Web: www.agpd.es

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
<hr/> Nombre y apellidos		
Los motivos por los que no se vacuna son:		
<input type="checkbox"/> La gripe no supone en problema de salud para mí	<input type="checkbox"/> La vacuna es poco efectiva	
<input type="checkbox"/> Mi vacunación no sirve para evitar un problema de salud a otras personas	<input type="checkbox"/> Falta de información sobre la vacuna	
<input type="checkbox"/> Miedo a los efectos secundarios	<input type="checkbox"/> Otras (especificar)	
<input type="checkbox"/> Miedo al pinchazo		

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:		FECHA: ____ / ____ / ____
Firma del sanitario que informa:		Firma del Trabajador
<hr/> Nombre y apellidos		