



VACUNACIÓN FRENTE A TOS FERINA EN LA MUJER EMBARAZADA

Anexo 1. HOJA DE RECHAZO

DATOS PERSONALES DE LA MUJER:

1^{er} Apellido: 2^o Apellido: Nombre:

Fecha de nacimiento: / / DNI:

Dirección: Localidad:

Teléfono: Móvil:

Tarjeta Sanitaria de Sacyl: SI NO

Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende:

Semana de embarazo: Observaciones:

Información sobre la vacunación:

La tos ferina es una enfermedad muy contagiosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis* que se transmite por secreciones respiratorias al toser o estornudar, o al pasar mucho tiempo en contacto cercano. Es una enfermedad generalmente leve en el adulto, con efectos potencialmente graves en los lactantes más pequeños, especialmente en los menores de 3 meses de edad.

Las evidencias disponibles actualmente apoyan la estrategia de **vacunación frente a tos ferina en la mujer embarazada preferentemente entre la semana 28 y 32**, como la medida más efectiva para la prevención de la tos ferina grave y para evitar la mortalidad en los niños más pequeños que aún no han sido vacunados, ya que permite el paso de anticuerpos maternos al feto a través de la placenta y se confiere así inmunidad al recién nacido.

La vacuna dTpa (frente a difteria, tétanos y tos ferina) es segura en cualquier momento del embarazo. Es una vacuna inactivada y por tanto, no puede causar infección ni en la madre ni en el feto. En caso de presentar alguna alergia a algún componente de la vacuna, no estaría indicada su administración, si bien, esta situación es extremadamente rara.

Tras haber sido informada sobre los beneficios y riesgos de la vacunación y sobre la recomendación de las autoridades sanitarias **NO AUTORIZO** la administración de la vacuna frente a tos ferina.

Especificar motivos:

.....
.....

Observaciones:

.....
.....

Firma del profesional sanitario

Firma de la mujer embarazada

Lugar y fecha:a.....de.....de.....