

Servicio de Prevención del Área de Salud de

| VACUNA A ADMINISTRAR | | | |
|---|------------------------|-------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> GRIPE | Marca: VAXIGRIP TETRA® | 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): | | | |
| Embarazo: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ | | Lactancia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ | |
| ¿Te vacunaste de la gripe el año pasado 2022? <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 | | | |
| <i>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</i> | | | |

La vacuna antigripal VAXIGRIP TETRA virus fraccionados inactivados por lo que **no puede causar gripe**

Alergia a: ovoalbúmina, proteínas del pollo, neomicina, octoxinol-9 y/o formaldehído
si no

| INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA ANTIGRIPAL | |
|--|--|
|--|--|

El personal de centros sanitarios 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 ó subcutánea profunda (en caso de trombopenia o trastornos de la coagulación).

La vacuna se considera segura en cualquier momento del embarazo y en la lactancia.

Precauciones:

- Disponer del tratamiento médico y la supervisión apropiada en el caso de que ocurra un episodio anafiláctico.
- **No administrar por vía intravenosa.**
- Valorar con precaución la conveniencia o no de vacunar si hay antecedentes de síndrome Guillain-Barré en las 6 semanas posteriores a una vacunación anterior.
- La vacuna se debe administrar con precaución a sujetos con trombocitopenia o trastornos sanguíneos ya que se pueden producir hemorragias después de la administración intramuscular en estos sujetos.

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

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: **Ovoalbúmina, proteínas del pollo, neomicina, formaldehído y octoxinol-9.**
- **La vacunación se debe retrasar en casos de enfermedad febril moderada o grave o infección aguda.**

Efectos secundarios más frecuentes: dolor en el lugar de la inyección, cefalea, mialgia, malestar, escalofríos, fiebre.

Efectos secundarios raros y poco frecuentes: Hipersensibilidad, reacciones alérgicas (eritema, urticaria, prurito, dermatitis alérgica, angioedema) somnolencia, parestesias, disnea, sudoración, artralgias, astenia, enfermedad tipo gripal, malestar en lugar inyección, linfadenopatía, mareo, sofocos, diarrea, náusea, eritema hinchazón o induración en el lugar de la inyección, fatiga, equimosis prurito o calor en el lugar de la inyección.

Si observas cualquier otra reacción no descrita en este proceso, rogamos nos lo comuniqués.
SI NO NS

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| ¿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:

FECHA: ____ / ____ / 2023

INFORMADO Y CONFORME

Firma del Trabajador

| | |
|---|---|
| He decidido NO AUTORIZAR que se me administre la vacuna propuesta | FECHA: ____ / ____ / ____ |
| Firma del sanitario que informa: | Firma del Trabajador |
| _____ | |
| <i>Nombre y apellidos</i> | |
| 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 |
| _____ | |
| <i>Nombre y apellidos</i> | |