


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

Servicio de Prevención del Área de Salud de

VACUNA A ADMINISTRAR			
<input checked="" type="checkbox"/>	GRIPE Marca: FLUCELVAX 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 FLUCELVAX TETRA: antígeno de superficie, inactivado, preparada en cultivos celulares por lo que no puede causar gripe	

Alergia a: Beta propiolactona, bromuro de cetiltrimetil amonio y polisorbato 80
si no

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA ANTIGRIPAL
--

<p>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.</p> <p>La vacuna se considera segura en cualquier momento del embarazo y en la lactancia.</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. - No administrar por vía intravenosa, subcutánea ni intradérmica. - 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. <p>En caso de duda sobre el historial personal de alergias realizar valoración médica para evaluar riesgo/beneficio de la vacunación.</p> <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: Beta propiolactona, bromuro de cetiltrimetil amonio y polisorbato 80. - La vacunación se pospondrá en estados febriles agudos hasta que remita la fiebre. 	<p>Efectos secundarios más frecuentes: cefalea, mialgia, dolor en el lugar de la inyección, fatiga, eritema e induración, pérdida de apetito, náuseas, diarrea, vómitos, artralgia, equimosis, escalofríos.</p> <p>Efectos secundarios raros y poco frecuentes: Fiebre >38°C, reacciones alérgicas o de hipersensibilidad inmediata, incluido el shock anafiláctico. Parestesias. Reacciones cutáneas (prurito, urticaria, exantema inespecífico). Hinchazón miembro de la inyección.</p> <p><i>Si observas cualquier otra reacción no descrita en este proceso, rogamos nos lo comuniques.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><i>SI NO NS</i></td> </tr> <tr> <td>¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Tiene usted fiebre actualmente?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Es usted alérgico a algún medicamento?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?</td> <td></td> </tr> </table>		<i>SI NO NS</i>	¿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?	
	<i>SI NO NS</i>														
¿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
<p>_____</p> <p><i>Nombre y apellidos</i></p> <p style="text-align: center;">Los motivos por los que no se vacuna son:</p> <p> <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"/> Miedo a los efectos secundarios <input type="checkbox"/> Falta de información sobre la vacuna <input type="checkbox"/> Miedo al pinchazo <input type="checkbox"/> Otras (especificar) </p>		

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