IMQ Prevención

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

LA ENFERMEDAD

- La gripe es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias causada por un virus. Tiene una alta capacidad de transmisión de una persona a otra, generalmente en invierno y de forma epidémica.
- Para una gran parte de la población esta enfermedad no supone un riesgo importante para su salud, sin embargo sí puede ser grave para las personas mayores de 65 años y enfermos crónicos (con enfermedades cardiacas, renales, hepática, diabetes mellitus, asma,...) o con las defensas disminuidas. Además, es una causa de absentismo laboral.
- También se recomienda su administración al personal sanitario.

VACUNACION

- Consiste en la administración por vía intramuscular, en deltoides, de una única dosis. Se recomienda la administración entre los meses de octubre y noviembre. La protección de la vacuna será después de unas 2 o 3 semanas de la inyección.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES

- *Está contraindicada en:*
  - Menores de 6 meses.
  - Alergias al pollo, a las proteínas del huevo o a otros componentes de la vacuna.
  - En caso de infección aguda o fiebre se pospondrá la vacunación hasta su desaparición.
  - Si se ha desarrollado el Síndrome de Guillain-Barré

- *Embarazo y lactancia*:
  - Las vacunas antigripales inactivadas pueden utilizarse en todos los estadios del embarazo siendo más seguros el segundo y tercer trimestre. La lactancia materna no es una contraindicación.

EFECTOS SECUNDARIOS

Tiene muy pocos efectos secundarios.

- **Efectos locales**: enrojecimiento, inflamación, dolor, induración, y equimosis. Estas reacciones normalmente desaparecen en 1-2 días sin tratamiento.

- **Efectos sistémicos:** cefalea, sudoración, dolores articulares y musculares, fiebre, náuseas, escalofríos, cansancio.

Las reacciones alérgicas importantes son muy poco frecuentes, y se deben a alergia a los componentes de la vacuna, principalmente a las proteínas del huevo.

Conteste marcando con una X las casillas correspondientes	**SI**	**NO**	**NO SABE**
¿Ha tenido una reacción grave tras la administración de alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica?			
¿Tiene alguna alergia conocida?			
¿Padece algún tipo de inmunodeficiencia?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			

FIRMA DUE:

LOTE:_____

D/Dª :

DNI: EMPRESA: **GOBIERNO VASCO - DPTO. JUSTICIA**

FECHA: / /2021 **FIRMA:**

DOY MI CONSENTIMIENTO para la vacunación y he leído la información correspondiente:

SI		**NO**	

Cumpliendo con el deber de informar, se informa al interesado de que el responsable de sus datos es IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO PREVENCIÓN S.L. La finalidad del tratamiento es recopilar y gestionar su información clínico-laboral necesaria para realizar un correcto control y Vigilancia de la Salud, prevenir así enfermedades profesionales derivadas del trabajo y certificar su aptitud médica con respecto a su puesto de trabajo. Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y revocación escribiendo a IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO PREVENCIÓN S.L, Pol. Ind. Torrelarragoiti Parcela 2F, nº7 48170 ZAMUDIO o en dpd@imqprevencion.es. Más información: www.imqprevencion.es