

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CALTANISSETTA

Direzione Generale

U.O.C. S.P.E.M.P.



Rete Della Prevenzione

Manuale per una vaccinazione di qualità



Linee-Guida per le prevenzione del rischio clinico nell'attività vaccinale



3

Quaderni della Salute
“La Rete della Vaccinazione”

CHECK-LIST SANITARIA STANDARDIZZATA INFORMATIZZATA

DATA/...../.....	
Domanda	Risposta
1. Sta bene oggi ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Ha o ha avuto malattie importanti ?	
a- Se si, specificare se malattia neurologica Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b- malattia con immunodeficienza Si <input type="checkbox"/>	
3. Ha mai avuto convulsioni ?	
a- Se si, specificare se con febbre SI <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b- senza febbre SI <input type="checkbox"/>	
4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità ?	
a- Se si, specificare se CORTISONICI ad alte do- si SI <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b- ANTINEOPLASTICI SI <input type="checkbox"/>	
5. Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino ?	
a- Se si, si tratta di un vaccino o di un suo componente ? SI <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. E' in gravidanza ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni ?	
Se si, si è trattato di reazioni importanti ? SI <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se si, specificare (e compilare la scheda di segnalazione, di reazione avversa a vaccino se non ancora fatto):	
FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO	FIRMA DELL'UTENTE O DEL GENITORE

Errore programmatico	Reazione avversa attesa
Iniezione non- sterile <ul style="list-style-type: none"> · riutilizzo della siringa o dell'ago monouso; · errata sterilizzazione di siringhe e aghi; · contaminazione del vaccino o del diluente; · riutilizzo del vaccino ricostituito in sessioni vaccinali successive. 	<ul style="list-style-type: none"> • infezioni quali ascesso locale nel sito di iniezione, sepsi, sindrome da shock tossico, o morte. Infezioni trasmesse dal sangue come epatiti e HIV.
Errori di ricostituzione <ul style="list-style-type: none"> • ricostituzione con diluente errato; • farmaco sostituito al posto del vaccino o del diluente. 	<ul style="list-style-type: none"> • ascesso locale per inadeguata miscelazione del vaccino con il diluente; • effetti negativi dovuti al farmaco usato al posto del vaccino o del diluente (per es. Insulina); • morte; • perdita di efficacia (*).
Sito di iniezione errato <ul style="list-style-type: none"> • BCG somministrato per via sottocutanea; • DTP/DT/TT troppo superficiale; • Iniezione sulle natiche. 	<ul style="list-style-type: none"> • reazione locale o ascesso; • reazione locale o ascesso; • danni al nervo sciatico.
Non corretto trasporto e conservazione del vaccino	<ul style="list-style-type: none"> • reazione locale dovuta al vaccino congelato; • perdita di efficacia (*).
Controindicazioni ignorate	<ul style="list-style-type: none"> • evitabile reazione avversa di grave entità

Armadio di pronto intervento

DOTAZIONE STRUMENTALE MINIMA

Pallone tipo AMBU per neonati, bambini, adulti

Stetoscopio

Sostegno per infusione

Varie (cotone, disinfettante, cerotti, siringhe e aghi di varie capacità e dimensioni, aghi butterfly, agocannule tipo wenflon, laccio emostatico, abbassalingua, guanti sterili e non, termometro).

cannule orofaringee di misure varie (almeno da 0 a 6) da utilizzare solo da personale esperto



Armadio di pronto intervento

DOTAZIONE FARMACOLOGICA MINIMA

Adrenalina

Antistaminico

Broncodilatatore

Cortisonico

Flaconi sol. fisiologica da 100 e/o 250 ml

Fiale sol. fisiologica da 10 ml

Ossigeno



pratiche di gestione clinica del vaccino

Si	No	1	E' STATO INDIVIDUATO IL RESPONSABILE DELLA CONSERVAZIONE DEI VACCINI?
		2	IL REGISTRO D' INVENTARIO DEL VACCINO È composto dai seguenti componenti?:
Si	No		NOME DEL VACCINO
Si	No		NUMERO DI DOSI RICEVUTE
Si	No		DATA IN CUI IL VACCINO È STATO RICEVUTO
Si	No		PRODUTTORE DEL VACCINO
Si	No		NUMERO DI LOTTO
Si	No		DATA DI SCADENZA DEL VACCINO
Si	No	3	LA MANUTENZIONE ORDINARIA DEL FRIGORIFERO VIENE EFFETTUATA ?
Si	No	4	NEL FRIGORIFERO E' DOTATO DI REGISTATORE DI TEMPERATURA IN CONTINUO?
Si	No	5	MAN MANO CHE IL VACCINO VIENE UTILIZZATO AVETE CURA DI SISTEMARE LE NUOVE SCORTE CON SCADENZA PIU' LUNGA NELLA PARTE POSTERIORE DEL FRIGORIFERO ?
Si	No	6	SULLA PORTA DEL FRIGORIFERO E' STATO POSTO UN CARTELLO SU CUI E' SCRITTO CHE I VACCINI DEVONO ESSERE CONSERVATI IN FRIGORIFERO E CHE DEVONO ESSERE CONSERVATI NEL CONGELATORE.
Si	No	7	IL FRIGORIFERO E' DOTATO DI UN TERMOMETRO CHE INDICA LA TEMPERATURA?
Si	No	8	LA TEMPERATURA NEL FRIGORIFERO VIENE MANTENUTA FRA 2-8 ° C ?
Si	No	9	VIENE EFFETTUATA LA MANUTENZIONE ORDINARIA DEL FRIGORIFERO?
Si	No	10	LE SCORTE DI TESSERE DI VACCINAZIONE SONO MONITORATE?
Si	No	11	SONO MONITORATE LE SCORTE DI SIRINGHE,AGHI ED ALTRO MATERIALE SANITARIO NECESSARIO ?
Si	No	12	SONO PRESENTI MANSIONARI E PROCEDURE SCRITTE ?
Si	No	13	LA VACCINAZIONE VIENE PRECEDUTA DA INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE Sanitaria ?