

Eventuali reazioni avverse (effetti indesiderati) al vaccino COVID-19

Lei ha ricevuto uno dei tre vaccini presenti in Svizzera: *Comirnaty® (Pfizer/BioNTech)*, *Spikevax® (Moderna)*, *COVID-19 Vaccine Janssen*.

Come tutti i medicinali, anche i vaccini possono provocare reazioni avverse, solitamente lievi e di breve durata. Nei prossimi giorni è possibile che si presentino lievi reazioni quali:

- reazioni al sito d'iniezione come dolore, arrossamento e gonfiore;
- mal di testa, stanchezza;
- dolori muscolari/articolari;
- sintomi generali come brividi e febbre.

Queste reazioni sono generalmente autolimitanti e scompaiono spontaneamente nel giro di alcuni giorni; possono essere eventualmente trattate sintomaticamente con paracetamolo.

Negli studi clinici non sono state osservate reazioni avverse gravi. Nei primi giorni dopo l'utilizzo del vaccino ci sono stati singoli casi di reazioni allergiche importanti (incidenza stimata 1 su 100'000 vaccini somministrati). Dal momento che il vaccino viene utilizzato su ampia fascia di popolazione non è escluso che reazioni avverse rare o tardive possano eventualmente emergere. A tale proposito le chiediamo di prestare attenzione al suo stato di salute e segnalarci eventuali problemi.

Data:

Notifica di reazione avversa (RA)

Chi annuncia

Nome:	<input type="checkbox"/> Il/La vaccinata
Cognome:	<input type="checkbox"/> Medico
E-Mail:	<input type="checkbox"/> Farmacista
Telefono:	<input type="checkbox"/> Infermiere
	<input type="checkbox"/> Altro operatore sanitario

Vaccino

<u>Prima dose:</u>	<u>Seconda dose:</u>	<u>Terza dose/Booster:</u>	<u>Quarta dose/Booster:</u>	<u>Quinta dose/Booster:</u>
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Nr. di lotto:				
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Sito d'applicazione:				
<input type="checkbox"/> Braccio destro				
<input type="checkbox"/> Braccio sinistro				
<input type="checkbox"/> Altro:.....				

Persona vaccinata

Data di nascita
Iniziali (prima nome poi cognome):.....
Sesso: <input type="checkbox"/> Donna* <input type="checkbox"/> Uomo
* Era incinta al momento della vaccinazione contro il COVID-19? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Se sì: di quante settimane?
È già stato malato di COVID-19? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Se sì quando:
Confermato con tampone <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Sierologia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

Descrizione della reazione avversa (RA) (diagnosi, sintomi, segni clinici, evoluzione)

Data della comparsa della RA
Periodo di latenza della RA*: <small>*Tempo trascorso tra la vaccinazione e l'inizio della RA (minuti, ore, giorni, ...)</small>
Durata della RA (minuti, ore, giorni, ...):
Severità della RA <input type="checkbox"/> Autorisoltasi <input type="checkbox"/> Ho avuto bisogno di un trattamento farmacologico. Se sì, quale:
<input type="checkbox"/> Sono stato visitato dal mio medico o in Pronto soccorso
<input type="checkbox"/> Sono stato ricoverato
<input type="checkbox"/> Altro:
Decorso della RA al momento della notifica <input type="checkbox"/> Ristabilito <input type="checkbox"/> In ripresa/miglioramento <input type="checkbox"/> Non ristabilito <input type="checkbox"/> Non noto
Trattamento della RA

Malattie rilevanti o fattori predisponenti

<input type="checkbox"/> Insufficienza renale <input type="checkbox"/> Insufficienza epatica <input type="checkbox"/> Immunosoppressione (Terapia immunosoppressiva, HIV, neoplasie, ...)	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Altre malattie rilevanti:
---	---

Recente assunzione di altri farmaci (se sì, quali)

• •	• •	• •	• •
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Si è ammalato di COVID-19 dopo la vaccinazione?

Data del test COVID-19 positivo	Decorso malattia COVID-19: <input type="checkbox"/> Autorisoltasi <input type="checkbox"/> Ho avuto bisogno di un trattamento farmacologico Se sì, quale:
	<input type="checkbox"/> Sono stato visitato dal mio medico o in Pronto soccorso <input type="checkbox"/> Sono stato ricoverato <input type="checkbox"/> Sono stato ricoverato in cure intense <input type="checkbox"/> Altro:

Osservazioni o altre informazioni di rilievo

--

Il formulario va inviato per posta a:	Centro regionale di farmacovigilanza Istituto di scienze farmacologiche della Svizzera Italiana Ente Ospedaliero Cantonale Via Tesserete 46 6900 Lugano
Oppure come allegato via e-mail a:	Farmacovigilanza.eoc@eoc.ch

Il formulario può essere scaricato sul sito <https://www.eoc.ch/Ospedali-e-Istituti/ISFSI/Farmacovigilanza.html> e riempito anche online