



ANDROMEDA
Centro Medico
Specialistico

Centro Medico Specialistico Andromeda S.r.l .

Via G.B. Pergolesi, 4 - 20124 Milano

Tel 026690123 - fax 026702868

info@andromedacentromedico.it

Direttore Sanitario: Dr. Vincenzo Capicotto

P.IVA 09130120158 - Capitale Sociale euro 12.600,00 -

R.E.A. n°1271868

INFORMATIVA VACCINAZIONE ANTI- PAPILOMA VIRUS (HPV)

INFORMAZIONI SULLA VACCINAZIONE

I papilloma virus umani sono virus la cui infezione è associata alla quasi totalità dei casi di tumore del collo dell'utero (o cervice uterina). Esistono oltre 120 diversi tipi di HPV, ma solo alcuni sono legati allo sviluppo del tumore. Fra questi, i virus HPV -16 e HPV-18 sono responsabili di circa il 70% dei tumori. Altri, come HPV-6 e HPV-11, causano invece i condilomi, lesioni benigne simili a piccole verruche. Il virus HPV si trasmette con i rapporti sessuali.

L'infezione solitamente guarisce spontaneamente ma in una minoranza dei casi può causare lesioni che possono precedere il tumore e, anche dopo decenni di latenza, possono evolvere in carcinoma.

La vaccinazione viene offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario solo alle bambine di 12 anni.

Gli studi fin qui effettuati hanno evidenziato che, per sfruttare al massimo la sua efficacia preventiva, il vaccino va somministrato prima che la persona si infetti con il virus cioè quando la donna non ha ancora avuto rapporti sessuali: è per questo che in Italia viene offerto gratuitamente alle dodicenni.

E' importante sottolineare che, trattandosi di un vaccino, la vaccinazione ha lo scopo di prevenire l'infezione e non di curarla.

Il vaccino viene somministrato mediante tre iniezioni intramuscolo nel deltoide (parte alta del braccio) da effettuare nel giro di sei mesi, a distanza rispettivamente di due e sei mesi a partire dalla prima somministrazione. Non si conosce ancora la durata della protezione: per ora si sa che supera i 5 anni.

RACCOMANDAZIONI: le persone vaccinate devono comunque adottare le opportune misure di prevenzione primaria delle malattie sessualmente trasmesse ed attenersi scrupolosamente ai programmi di screening per il cancro del collo dell'utero eseguendo il pap test per individuare possibili lesioni provocate da altri tipi di virus HPV per i quali il vaccino non conferisce protezione.

CONTROINDICAZIONI: è opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati dal medico importanti. Controindicazione specifica è l'allergia ad uno dei componenti del vaccino. La vaccinazione deve essere sospesa in coloro che hanno manifestato una reazione allergica o gravi reazioni avverse riferibili alla somministrazione del vaccino.

EFFETTI COLLATERALI: in seguito all'inoculo del vaccino si potrebbe verificare un rialzo della temperatura (iperpiressia), oppure reazioni al sito di iniezione quali: eritema, dolore, gonfiore, più raramente prurito o sanguinamento. E' inoltre possibile, seppure molto raramente, il verificarsi di reazioni allergiche cutanee come orticaria, o respiratorie come broncospasmo.

Il nuovo vaccino quadrivalente Gardasil® è attivo contro i tipi virali 6,11, 16,18 e dai 5 tipi addizionali di HPV (31,33, 45, 52, 58). E' stato dimostrato inoltre un effetto di protezione crociata nei confronti delle lesioni precancerose dovute ad altri tipi di HPV oncogeni non direttamente inseriti nel vaccino.

Da recenti studi effettuati su oltre 25.000 donne in 33 Paesi del mondo, tale vaccino ha dimostrato di possedere un'alta efficacia nella prevenzione delle lesioni precancerose della cervice uterina, della vulva, della vagina, del carcinoma della cervice uterina, nonché delle lesioni genitali esterne (condilomi genitali).

E' molto importante ricordare che il vaccino anti-HPV agisce contro i tipi virali più frequentemente correlati alle patologie da HPV, e che quindi esiste una possibilità, seppure molto bassa, di contatto con altri tipi virali non contenuti nel vaccino.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione anti papilloma virus (HPV).
Le informazioni sono state fornite attraverso un'attività di colloquio informativo e documentazione specifica. Per ogni vaccino sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione dello stesso, ai rischi e conseguenze di una mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi.

Io sottoscritto/a o genitore/esercente la potestà parentale /delegato/ tutore

COGNOME e NOME

DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulla vaccinazione proposta attraverso:

- l'informativa fornita tramite scheda;
- il colloquio con un medico/operatore sanitario.

di essere stato informato:

- dei benefici dell'efficacia e dei rischi della vaccinazione in merito alla malattia, vaccino utilizzato, rischi di una mancata vaccinazione, controindicazioni e possibili effetti collaterali della vaccinazione stessa;
- di poter richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio al fine di poter acquisire ulteriori informazioni;
- della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccinerà;

e quindi di:

ACCETTARE liberamente e in piena coscienza la vaccinazione proposta

NON ACCETTARE liberamente e in piena coscienza la vaccinazione proposta

Firma dell'interessata (Firma del Genitore in caso di minore)

Firma dell'operatore sanitario
