

| | | |
|---|--|-------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA. | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 1 di 14 |

In vigore dal: 12 dicembre 2005

INDICE

- 1.0 SCOPO
- 2.0 CAMPO DI APPLICAZIONE
- 3.0 DEFINIZIONI
- 4.0 RIFERIMENTI ESSENZIALI DI NORME E CIRCOLARI IN MATERIA DI VACCINAZIONI
- 5.0 DESCRIZIONE DEL PROCESSO
- 6.0 RUOLI E RESPONSABILITÀ
- 7.0 MODULISTICA ALLEGATA E ARCHIVIAZIONE
- 8.0 DISTRIBUZIONE

| REV. | DATA | DESCRIZIONE REVISIONE | COMPILAZIONE | ADOZIONE | APPROVAZIONE |
|------|------------|--|---|----------|--------------------|
| 0 | 12/12/2005 | Prima stesura | | | Greco |
| 1 | 22/04/2013 | I revisione: aggiornamento riferimenti normativi e modulistica | Arduino; Costanzo Placidi Trionfo; Vellucci | | Dir. Gen G. Ruocco |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

EMESSA DA:

COPIA N° Consegnata a:

Società/Ente:

| | | |
|--|--|-----------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE <i>DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE</i> | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA. | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 2 di 14 |

1.0 Scopo

Lo scopo del processo è quello di garantire ai viaggiatori internazionali la somministrazione di vaccini in maniera corretta, appropriata e mirata sulla base della destinazione e della tipologia del viaggio.

2.0 campo di applicazione

Le vaccinazioni vengono praticate, dietro versamento di tributo, sia nel caso di vaccini per i quali sia prevista una unica dose, che per l'inizio del ciclo vaccinale in caso di vaccini che richiedano più somministrazioni; in questo caso, per ogni somministrazione va eseguito il versamento del tributo.

Presso l'USMAF le vaccinazioni possono anche essere praticate, previa valutazione dell'appropriatezza dell'intervento vaccinale, per completare cicli vaccinali, indipendentemente dal fatto che questi ultimi siano iniziati presso ambulatori di altri Uffici e/o Servizi.

3.0 Definizioni

USMAF: Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera, Ufficio periferico del Ministero della Salute (suddiviso in Unità Territoriali dipendenti: U.T.)

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

4.0 Riferimenti essenziali di norme e di circolari in materia di vaccinazioni

- Legge 9 febbraio 1982, n. 106 "Approvazione ed esecuzione del regolamento sanitario internazionale adottato a Boston il 25 luglio 1969, modificato dal regolamento addizionale adottato a Ginevra il 23 maggio 1973;
- Regolamento Sanitario Internazionale 2005, adottato il 15 giugno 2007
- Circolare n° 16 dell'11 novembre 1996 "Tetano: misure di profilassi";
- Circolare n° 6 del 19 marzo 1997 "Difterite: misure di profilassi, cenni di terapia";
- Circolare n. 4 del 19 marzo 1998 "Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica - Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi o contatti
- Circolare Ministeriale n. 5 del 7 Aprile 1999 "Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva"
- Circolare n. 12 del 13 luglio 1999 "Controllo ed eliminazione di morbillo, parotite e rosolia attraverso la vaccinazione"

| | | |
|---|--|-----------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA. | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 3 di 14 |

- D.M. 20 Novembre 2000 “Aggiornamento del protocollo per la vaccinazione contro l’epatite B” ;
- Circolare n. 19 del 30 novembre 2000 esplicativa del “Protocollo per l’esecuzione della vaccinazione contro l’epatite virale B
- D.M. 18 Giugno 2002 “Modifica della schedula vaccinale antipoliomielitica.
- D.M. 23/4/2003 “Aggiornamento delle tariffe dovute al Ministero della salute per prestazioni rese a richiesta dei soggetti interessati”
- D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
- Legge 18 giugno 2009 ,n. 69 “modifiche alla legge n. 241/1990 - disposizioni relative alla semplificazione e alla trasparenza dell'azione amministrativa - indicazioni operative”
- Nota DGPOB 009198-P-04/03/2011 “Attivazione di procedura di adeguamento dei termini dei procedimenti amministrativi, ai sensi legge 18 giugno 2009, n. 69
- DM 19 dicembre 2012 “Aggiornamento delle tariffe e dei diritti spettanti al Ministero della Salute per servizi resi a richiesta ed utilità di soggetti interessati”

5.0 Descrizione del processo

- 5.1.** Il processo si avvia a seguito di richiesta da parte dell’utente, solitamente a seguito di indicazioni fornite dal medico di fiducia o derivanti dalla consultazione della scheda servizio pubblicata sul Portale del Ministero della Salute, SERVIZI ON LINE, circa l’iter da seguire per la somministrazione di vaccini per viaggi internazionali.
- 5.2** L’esecuzione del processo si avvale dello strumento informatico in rete denominato “NSIS USMAF”, che consente di sviluppare il processo stesso in maniera “obbligata”, dal caricamento dei dati riguardanti i richiedenti il servizio fino al rilascio del certificato internazionale di vaccinazione in conformità a quanto previsto dal Regolamento Sanitario Internazionale dell’OMS.
- A tale strumento ha accesso, tramite accreditamento di sicurezza, tutto il personale dell’USMAF coinvolto nella realizzazione del processo. Gli accessi sono rigorosamente limitati agli aspetti di propria competenza per motivi di riservatezza. Lo strumento consente la visualizzazione di eventuali pratiche riferite al richiedente il servizio gestite presso altri USMAF.
- 5.3** La richiesta di essere sottoposto ad una o più vaccinazioni avviene tramite la compilazione di un apposito modulo (Mod 6-1) fornito all’utente al momento dell’arrivo in ambulatorio ovvero scaricato dal sito del Ministero della Salute dedicato ai SERVIZI ON LINE

| | | |
|---|--|-------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA. | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 4 di 14 |

(<http://www.salute.gov.it/servizio/sezServizioDettaglio.jsp?label=temi&idMat=SMAF&idAmb=VAC&idSrv=R1&flag=P>).

In caso di richiesta di vaccinazioni antiamarillica e/o anticolerica da parte di personale di varia nazionalità imbarcato su navi mercantili, può essere utilizzato un modulo richiesta di vaccinazione semplificato, con contestuale consenso al trattamento dei dati personali (Mod. 6-1 bis), redatto in lingua inglese.

Il modulo, compilato in Ufficio alla presenza del Medico o del personale tecnico del settore della prevenzione e sanità, prevede la raccolta dei dati anagrafici dell'utente stesso, la compilazione di un questionario anamnestico (Mod 6-2) e la dichiarazione di consenso informato (Mod 6-3). In calce devono essere apposte la data e la firma del richiedente; nel caso di minori, la firma deve essere apposta da entrambe i genitori o dall'esercente la potestà genitoriale. L'identità dei richiedenti va verificata tramite idoneo documento di identità in corso di validità.

5.4 Il modulo di richiesta viene esaminato dal medico e, dopo essere stato valutato e controfirmato, viene utilizzato dal personale tecnico del settore della prevenzione e sanità o amministrativo, al fine di provvedere alla registrazione dei dati sull'applicativo NSIS-USMAF, consentendo altresì la verifica della regolarità della schedula vaccinale qualora si tratti di utenti già vaccinati presso l'ambulatorio dello stesso USMAF o presso altri ambulatori.

5.5 Il medico, o il personale tecnico in possesso della abilitazione professionale specifica, sotto il controllo del medico stesso, provvede alla somministrazione dei vaccini richiesti secondo le modalità specifiche per ognuno di essi e fornisce successivamente tutte le indicazioni relative alla tempistica delle dosi successive. Effettuate le vaccinazioni, l'utente viene invitato ad attendere non meno di 30 minuti prima di lasciare l'ambulatorio al fine di evidenziare il possibile manifestarsi di eventi avversi acuti a seguito della somministrazione dei vaccini.

Presso l'ambulatorio sono presenti i farmaci necessari per l'intervento immediato in caso di reazioni avverse al vaccino somministrato; il personale del settore della prevenzione è responsabile della gestione di tali medicinali (verifica delle modalità di conservazione, controllo delle date di scadenza).

| | | |
|---|--|-----------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA. | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 5 di 14 |

Della vaccinazione viene rilasciata apposita certificazione a firma del Medico di Porto/Aeroporto sul modello internazionale conforme alle indicazioni del Regolamento Sanitario Internazionale 2005 (mod 6-4).

- 5.6** Qualora un utente debba recarsi in zone per le quali è obbligatoria la vaccinazione antiamarillica ma esistano valide motivazioni mediche per le quali la vaccinazione stessa non possa essere eseguita, il Medico di Porto/Aeroporto, acquisita la specifica documentazione sanitaria, provvede a rilasciare certificazione scritta (in inglese e francese, oltre che in italiano) di Esenzione dalla vaccinazione (Mod. 6-5).
- 5.7** Qualora un utente che debba recarsi in zone per le quali è obbligatoria la vaccinazione antiamarillica, abbia eseguito presso lo stesso ambulatorio USMAF, negli ultimi dieci anni, la vaccinazione, ma abbia smarrito il certificato di vaccinazione internazionale, può richiederne il duplicato che verrà rilasciato dietro verifica della presenza dei dati del viaggiatore medesimo nell'archivio dell' Ufficio.
- 5.8** La vaccinazione, l'esenzione dalla vaccinazione ed il rilascio di duplicati dei relativi certificati sono assoggettati al pagamento delle tariffe previste dal D.M. 23 aprile 2003 e successive modifiche ed integrazioni
- 5.9** Può essere consegnata al vaccinato una scheda di follow up in cui annotare eventuali eventi avversi al vaccino o condizioni morbose legate al viaggio (Mod. 6-6), da restituire all'Ufficio al ritorno del viaggio ovvero dopo un periodo di tempo da concordare volta per volta.

6.0 Ruoli e responsabilità

La responsabilità delle direttive operative generali, o delle loro variazioni, è del Dirigente medico di II fascia cui è demandata la direzione gestionale dell'Ufficio.

La responsabilità connessa al presente processo operativo, ivi compresa la vaccinazione ed il rilascio della certificazione, è del dirigente medico delle professionalità sanitarie del Ministero della Salute in servizio presso l'USMAF/ UT.

La responsabilità della gestione delle singole operazioni (dall'accoglienza dell'utente o dalla ricezione dell'istanza, fino all'archiviazione dei dati), è del personale tecnico e amministrativo in servizio, a seconda delle rispettive attribuzioni.

| | | |
|---|--|-------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA. | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 6 di 14 |

7.0 Modulistica allegata e archiviazione

| TITOLO MODELLO | CODICE | LUOGO ARCHIVIAZIONE | TEMPI DI CONSERVAZIONE | ACCESSO |
|--|----------|---------------------|------------------------|---------|
| Modulo richiesta vaccinazioni | Mod 6-1 | Archivio ufficio | 5 anni | A, B, C |
| Questionario anamnestico | Mod. 6-2 | Archivio ufficio | Illimitati | A, B, C |
| Modello consenso trattamento dati | Mod. 6-3 | Archivio ufficio | Illimitati | A, B, C |
| Certificato Internazionale Vaccinazione (Mod.33-E) | Mod.6-4 | UTENTE | Non pertinente | N.P. |
| Certificato esenzione | Mod 6- 5 | Archivio ufficio | Illimitati | A, B, C |
| Scheda follow-up | Mod 6-1 | Archivio ufficio | Non pertinente | A, B, C |

Legenda accesso:

- A = Direttore Ufficio
- B = Dirigenti Medici delle professionalità sanitarie
- C = Personale Tecnico – Amministrativo

La modulistica allegata è assolutamente esemplificativa e potrà essere integrata, purché almeno equivalente, anche da Istruzioni Operative Locali. Modelli applicabili sono contenuti anche sul sistema NSIS USMAF.

8.0 Distribuzione

| Copia Controllata n° | Funzioni in Indirizzo |
|----------------------|-----------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |

Mod 6-1

ALL'USMAF _____

UNITA' TERRITORIALE DI _____

RICHIESTA DI VACCINAZIONE

Il/La sottoscritt(a) _____ nat_ a _____

il _____ residente in Via/Piazza _____

CAP _____ Città _____ prov. _____ Tel. _____

A.S.L. di appartenenza _____ Medico curante _____

CODICE FISCALE _____ documento di riconoscimento _____ n _____

rilasciato da _____ il _____ Nazionalità _____

CHIEDE

di essere sottopost_ a vaccinazione:

- anti-febbre gialla
- anti-epatite A
- anti-epatite B
- bivalente (antidiftotetica)
- anti-tifo
- altre vaccinazioni _____

Per destinazione _____ durata viaggio _____

motivo del viaggio _____ data di partenza _____

A TAL FINE DICHIARA

sotto la propria responsabilità: (barrare la voce che interessa)

- di presentare stato febbrile in atto SI NO
- di essere affetto da malattie infettive SI NO
- di essere affetto da malattie renali SI NO
- di essere affetto da malattie neoplastiche SI NO
- di essere affetto da malattie neurologiche SI NO
- di essere allergic_ alle proteine dell'uovo SI NO
- di aver presentato o presentare altre forme di allergia SI NO
- se SI, indicare quali _____
- di essere stat_ sottopost_ ad altre vaccinazione nell'ultimo mese SI NO
- se SI, indicare quali _____
- di assumere attualmente farmaci SI NO
 - o se SI, indicare quali _____
- di essere già stato vaccinato contro la Febbre Gialla SI NO
 - se SI, precisare quando e dove _____
- di essere in stato di gravidanza (solo per le donne in età fertile) SI NO

Dichiara altresì che, adeguatamente informat_ sull'efficacia e sui possibili effetti collaterali che possono derivare dalle vaccinazioni, acconsente che gli/le venga praticata la vaccinazione richiesta, **a seguito della quale dovrà rimanere in osservazione per 30 minuti.**

Dichiara altresì che gli/le è stata fornita consulenza sanitaria riguardo la chemioprolifassi antimalarica.

Profilassi antimalarica consigliata _____

E' informat_ che, ai sensi dell'art. 10 della Legge 31.12.1996 n. 675, i dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento richiesto per i quali autorizza il trattamento.

_____ li _____ In fede
(firma leggibile del richiedente) _____

(firma e timbro del Medico di Porto/Aeroporto) _____

| | | |
|---|--|-------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA. | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 8 di 14 |

Mod. 6-1 bis

ALL'USMAF _____

UNITA' TERRITORIALE DI _____

REQUEST OF VACCINATION

Vaccination:

- yellow fever
- cholera

Agenzia
Maritime Agency -----

Nave
Ship -----

I undersigned _____

born in _____ State _____

on ___/___/_____ passport/ ID n. _____ Issued by _____

Declare:

- To be informed about possible side effects of vaccination;
- To be in good health condition;
- Not to suffer from eggs allergy;
- Not to suffer from neurological disease;
- Not to take antimalarial drugs;
- To take, at moment, the following therapy
- To be on an empty stomach from Hour

I hereby confirm that the information provided in this application is correct and authorize the USMAF to the processing and, where necessary, to the transfer of my personal data to the Authorities, Administrations, Health Services entitled to receive them for the fulfillment of legal obligations.

Date, ___/___/_____

Signature

| | | |
|--|--|-----------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 9 |

Mod. 6-2

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO CERTIFICATORE

I sottoscritt _____ nat il _____
 a _____ residente a _____
 via _____ n. _____
 al fine di ottenere certificato di idoneità fisica per _____

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Presenza di varici e/o aneurismi | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sussistono patologie endocrine (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sussistono turbe psichiche (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sussistono patologie neurologiche (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Soffre di epilessia (se SI data dell'ultima crisi) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fa uso di sostanze psicoattive e/o alcoliche (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sussistono malattie del sangue (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sussistono malattie neoplastiche (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sussistono patologie a carico dell'orecchio esterno (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sussiste malattia reumatica (se SI quali) _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

In caso di dichiarazione non veritiera, il richiedente si esporrà alle conseguenze previste dalle leggi vigenti. Si informa che i dati sanitari forniti saranno trattati nel pieno rispetto di quanto previsto dalla normativa di cui alla Legge 675/1996 e succ. modifiche ed integrazioni.

Il richiedente

 (in caso di minore firma e documento di chi esercita la potestà genitoriale)

Il medico rilevatore

Luogo e data _____

| | | |
|--|--|-----------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE <i>DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA</i> | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 10 |

Mod. 6-3

ALL'USMAF _____

UNITA' TERRITORIALE DI _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a _____ nat. a _____

il _____ residente in Via/Piazza _____

CAP _____ Città _____ prov. _____ Tel. _____

CODICE FISCALE _____ documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____ Nazionalità _____

[] per proprio conto

[] quale esercente la potestà genitoriale sul minore, _____

nato a _____ il _____

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, per come sopra riportate, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art.4 comma 1 lett. d e art.26 D.lgs. 196/2003), vale a dire, tra l'altro, "i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

presta | non presta

il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento di quanto appreso dall'informativa.

Firma leggibile _____

presta | non presta

il consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti e nelle modalità apprese dall'informativa.

_____ li _____

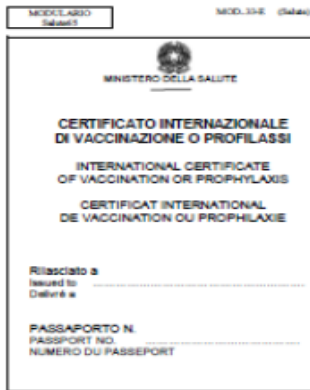
(firma leggibile) _____

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE <i>DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA</i> | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 11 |

Mod 6-4

MOD.33-E (Salute)

Ultima di copertina (8° pagina)



PROTEZIONE CONTRO LA MALARIA

La malaria è una malattia grave, talvolta mortale, presente ancora a livello endemico in una gran parte di Paesi tropicali e sub-tropicali.

Non esiste ancora un vaccino contro di essa ma ci si può difendere contro le punture di zanzare usando repellenti cutanei e zanzariere. In aggiunta, si possono utilizzare farmaci antimalarici, sia assunti regolarmente a titolo preventivo, sia tenuti come riserva per il trattamento di urgenza di una febbre improvvisa se non è possibile consultare un medico. Il rischio di infezione e la risposta del parassita ai farmaci antimalarici sono variabili e soggetti a cambiamenti.

Per quanto concerne l'utilizzazione dei farmaci antimalarici, è necessario consultare il vostro medico, o l'istituto specializzato più vicino, o ancora l'ultima edizione dell'opuscolo dell'OMS: "Certificati di vaccinazione richiesti e consigli di igiene per viaggi internazionali".

In caso di profilassi antimalarica, è necessaria assumere i farmaci con accurate regolarità, così come prescritto, e per l'intero periodo per cui sono stati prescritti, preferibilmente a stomaco pieno (durante o subito dopo un pasto). Solitamente la profilassi va iniziata prima della partenza e terminata da due a quattro settimane dopo il rientro, a seconda dell'antimalarico prescritto.

Nessun metodo di profilassi antimalarica può garantire una protezione assoluta.

La malaria da *Parasitium falciparum*, che può essere mortale, deve essere sempre sospettata se si manifesta febbre, con o senza altri sintomi, in un qualsiasi periodo tra una settimana dopo la prima possibile esposizione a zanzane infette. Quindi, se una febbre si manifesta entro una settimana successiva alla prima esposizione e fine a due anni dal rientro, non mancare di consultare il proprio medico e di inferirne il soggiorno in una regione malarica.

Dimensioni del libretto larghezza 9 cm, altezza 14 cm

2° pagina e 3° pagina

AVVERTENZE

CONDIZIONI DI VALIDITÀ

Il certificato internazionale di vaccinazione o profilassi è valido soltanto se il vaccino o la profilassi usata sono stati approvati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e se il centro di vaccinazione è stato autorizzato dalle autorità sanitarie locali del Paese di appartenenza. Nel caso della Febbre gialla, la validità di questo certificato copre un periodo di dieci anni a partire dal decimo giorno dalla data di vaccinazione, nel caso di una rinvaccinazione ha uguale durata di un periodo di dieci anni dalla data della stessa rinvaccinazione, nel caso di altre vaccinazioni o profilassi la durata di validità. Ovvero la data del successivo richiamo, debbono essere specificamente indicati.

Questo certificato deve essere firmato personalmente dal medico addetto o da altro personale autorizzato dalle autorità sanitarie nazionali. Oltre alla firma, deve riportare il timbro ufficiale della struttura autorizzata alla somministrazione del vaccino contro la febbre gialla, in ogni caso il timbro ufficiale non può essere accettato in sostituzione della firma. Non sono accettate altre dichiarazioni in sostituzione di questo stampato.

Qualsiasi correzione o cancellatura sul certificato o l'omissione completa di una parte di esso possono invalidare il suo effetto.

NOTE

La sola malattia specificamente indicata nel Regolamento Sanitario Internazionale 2005 per cui il certificato di vaccinazione può essere richiesto come condizione per l'ingresso in uno Stato parte (dell'OMS) è la febbre gialla. Quando viene somministrato tale vaccino, il medico deve scrivere "Febbre gialla" nell'apposito spazio riportato nel certificato.

INFORMAZIONI PER I VIAGGIATORI

- Il vostro certificato può non essere valido per i viaggi internazionali se non è costituito dal "modello autorizzato" dall'autorità sanitaria competente. E' vostra cura richiedere l'apposito certificato di vaccinazione.
- La vaccinazione contro la febbre gialla per i viaggi internazionali deve essere effettuata da un centro specializzato appositamente abilitato a tale funzione. Vedere le "informazioni per i medici".
- Durante le vacanze o i viaggi d'affari è molto frequente che le persone si trovino esposte a malattie che nel loro Paese non esistono o sono diventate molto rare. I viaggiatori previdenti si sforzano di seguire i consigli del proprio medico o dei servizi di igiene e sanità circa le misure da adottare al fine di proteggersi se stessi dalle malattie. In associazione alla vaccinazione contro la febbre gialla, che può essere il requisito essenziale per poter entrare in alcuni Paesi, misure preventive possono essere consigliate come la malaria, la polmonite, le epatiti, la difterite, la meningite meningococcica, il tifo e la febbre tifoidale.
- Altro potenziale rischio per la salute, che, sebbene non può coprirsi e quindi non va trascurato, comprende gli effetti di una condizione climatica inusuale, lo stress, le malattie conseguenti ad una inadeguata igiene, il contatto con insetti o altri animali e le lesioni dovute a traumi anche minori.
- Se consultate il vostro medico per una qualsiasi malattia dopo il vostro rientro, non dimenticate di informarlo di tutti i viaggi fatti nel corso dei due mesi precedenti.
- Requisiti per la vaccinazione. Vedere le "INFORMAZIONI PER I MEDICI".

INFORMAZIONI PER I MEDICI

- La data di vaccinazione da riportare sui certificati deve rispettare il seguente ordine: giorno, mese, anno. Il mese va scritto in lettere, es.: 1° gennaio 2001.
- Se la vaccinazione è controindicata per ragioni mediche, il medico deve rilasciare al viaggiatore un attestato indicandone i motivi, in modo che l'autorità sanitaria di frontiera ne possa tener conto.
- Le esigenze dei Paesi in merito alle vaccinazioni sono pubblicate dall'OMS nell'opuscolo "Certificati di vaccinazione richiesti e consigli di igiene per viaggi internazionali". La lista dei centri abilitati a praticare la vaccinazione contro la febbre gialla è pubblicata dall'OMS nell'opuscolo "Certificati di vaccinazione contro la febbre gialla per viaggi internazionali", per quanto riguarda l'Italia, l'elenco aggiornato è riportato sul sito Internet del Ministero della Salute, all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/online/inf/tema/pagina/tema/Malattie/febvre.jsp?id=655&lingua=italiano&menu=viaggiatori>
- In generale le autorità sanitarie locali posseggono questi regolamenti.
- Tenere sempre presente la possibilità che il vostro paziente possa aver contratto una malattia durante il viaggio.

| | | |
|--|--|-------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILICA | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 13 |

mod.6-5

5



Ministero della Salute

USMAF di
 UT:
 Indirizzo:

CERTIFICATO DI ESENZIONE
EXEMPTION CERTIFICATE
CERTIFICAT D'EXEMPTION

Il/La Signor/a
Mr/Mrs
M./M.me { _____

Nato/a il
Born on
Née le { _____

Nazionalità
(Nationality)
(Et de nationalité) { _____

Documento di identificazione nazionale, se applicabile
(national identification document, if applicable)
(document d'identification national, le cas échéant)

NON può essere sottoposto/a alla vaccinazione contro la "Febbre Gialla"
Can not be vaccinated against the "Yellow Fever"
Ne peut pas être vacciné/vaccinée contre la "Fièvre Jaune"

Per ragioni mediche
For medical reasons
Pour des raisons médicales

IL MEDICO DI PORTO/AEROPORTO
THE PORT/AIRPORT MEDICAL OFFICER
LE MEDECIN DE PORT/AEROPORT

Firma e Timbro
Signature and Seal/Sceau _____

Data/date _____/_____/_____

Il presente certificate è valido per
This certificate is valid for
Ce certificate est valide pour



mesi
months
mois _____



| | | |
|--|--|-----------------------|
| MINISTERO DELLA SALUTE <i>DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA</i> | PROCESSO OPERATIVO STANDARD SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI AI VIAGGIATORI E/O PER LA CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA | P.O.S. 6 USMAF |
| | | Pagina 14 |

Mod. 6- 6

Scheda per il follow up di soggetti sottoposti a vaccinazione per viaggi internazionali

Cognome e nome _____

Età _____ Sesso _____ Telefono (facoltativo) _____

Profilassi farmacologica antimalarica effettuata : _____

Posologia (dosaggio, inizio e fine assunzione) _____

Altri farmaci assunti : _____

Vaccinazioni praticate (tipo e data)

Eventuale sintomatologia insorta (anche dopo il rientro): indicare inizio e durata

Locale (punto di iniezione) Arrossamento _____ Dolore _____ Gonfiore _____

Generale Febbre _____ Cefalea _____ Insonnia _____ Vertigini _____
Nausea _____ Gastrite _____ Diarrea _____
Eruzione cutanea _____ Altro _____ specificare : _____

Automedicazione praticata (se si, specificare): _____

Eventuali prescrizioni mediche: _____

Eventuali ricoveri ospedalieri (indicare si o no) _____ Luogo di ricovero _____

Ritiene che le prestazioni mediche e le informazioni sanitarie ricevute siano state utili in relazione al viaggio?

Per nulla poco abbastanza molto

Eventuali suggerimenti

La ringraziamo per la disponibilità e la preziosa collaborazione accordataci.