 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p> <p><b>D. SANITARIA AZIENDALE</b></p>	<p><b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLA VACCINAZIONE ANTIROTAVIRUS IN COPAYMENT</b></p> <p><b>IO.01.DIR.SAN.00</b></p>	<p>REV. N. 00- DEL 11/07/2014</p>
---	---	---------------------------------------

<p>REDAZIONE</p>	<p>DR.SSA NICOLETTA PIAZZA (REFERENTE AZIENDALE PEDIATRIA DI COMUNITA') <i>Nicoletta Piazza</i></p> <p>DR.SSA EMANUELA FERRARONI (PEDIATRA DI COMUNITA'-REFERENTE PEDIATRIA DI COMUNITA' DISTRETTO DI PARMA) <i>E. Ferraroni</i></p>
<p>VERIFICA TECNICA</p>	<p>COORDINAMENTO PEDIATRIA DI COMUNITA' AZIENDALE <i>Nicoletta Piazza</i></p> <p>COSS DEI PLS <i>Giocca (OFE)</i> <i>Amala (FINP)</i></p>
<p>APPROVAZIONE/AUTORIZZAZIONE</p>	<p>ETTORE BRIANTI - DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <i>E. Brianti</i></p>
<p>EMISSIONE</p>	<p>ETTORE BRIANTI - DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <i>E. Brianti</i></p>

**STATO DELLE REVISIONI**

Rev. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
00			

**ELENCO ALLEGATI**

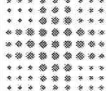
ALL. N.	DESCRIZIONE ALLEGATO	DATA - REV. N.
1	SCHEDA TECNICA	11/07/2014
2	ANAMNESI PREVACCINALE E CONSENSO INFORMATO	

**Pianificazione della revisione: Biennale**

	Data
Pianificazione revisione	11 luglio 2016

PAG. PAGINA 1 DI 3	REV 00	MOTIVAZIONE
--------------------	--------	-------------

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p> <p>D. SANITARIA AZIENDALE</p>	<p>ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLA VACCINAZIONE ANTIROTAVIRUS IN COPAYMENT</p> <p>IO.01.DIR.SAN.00</p>	<p>REV. N. 00– DEL 11/07/2014</p>
--	---	---------------------------------------

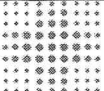
**L'ISTRUZIONE OPERATIVA  
PER LA GESTIONE  
DELLA VACCINAZIONE ANTIROTAVIRUS  
IN COPAYMENT**

- E' necessaria, al primo accesso, la prescrizione del pediatra curante, non è indispensabile ricetta rossa
- Si accettano richieste solo per l'intero ciclo; non si accettano richieste per sole seconde dosi (se la prima già eseguita dal curante)
- IL CALENDARIO PREVEDE:  
**due dosi a distanza di almeno 4 settimane con inizio non prima delle 6 settimane di vita e termine non oltre le 24 settimane di vita**
- A chi richiede la vaccinazione, si propone la seguente modalità:
  - prima dose ESAVALENTE+PNEUMOCOCCO + 1<sup>a</sup> dose ROTAVIRUS
  - seconda dose ESAVALENTE+PNEUMOCOCCO + 2<sup>a</sup> dose ROTAVIRUS

**ATTENZIONE CHE LA SECONDA DOSE RICADA ENTRO LA 24ESIMA SETTIMANA DI VITA**

- TICKET: il costo al pubblico dell'intero ciclo è di **euro 94,80** come da tariffario, più imposta di bollo  
Tale importo deve essere corrisposto in un'unica soluzione, al primo accesso
- SOMMINISTRAZIONE  
Non serve il digiuno né prima né dopo la somministrazione  
Il vaccino non va mescolato con niente altro  
Si somministra per via orale all'interno della guancia (vedi figura in scheda tecnica o foglietto illustrativo)  
Nel caso che il bambino rigurgiti tutta o la maggior parte della dose si può prendere in considerazione la somministrazione di una dose ulteriore nella stessa seduta  
Ricordarsi di lavarsi bene le mani dopo la somministrazione e, nel caso di utilizzo dei guanti, cambiarli  
Smaltire correttamente l'applicatore orale vuoto e il tappo nei ROT  
Consigliare ai genitori lavaggio mani dopo cambio del pannolino con attenzione particolare per almeno una settimana

PAG. PAGINA 2 DI 3	REV 00	MOTIVAZIONE

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p> <p><b>D. SANITARIA AZIENDALE</b></p>	<p><b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLA VACCINAZIONE ANTIROTAVIRUS IN COPAYMENT</b></p> <p><b>IO.01.DIR.SAN.00</b></p>	<p>REV. N. 00– DEL 11/07/2014</p>
--	---	---------------------------------------

- **NON SOMMINISTRARE IN CASO DI:**
  1. malformazioni intestinali
  2. pregressa invaginazione intestinale
  3. immunodeficit
  4. febbre
  5. prematuro nato fino alla 27esima settimana gestazionale
  6. oltre le 24 settimane di vita
  7. diarrea/vomito

#### **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

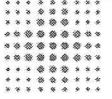
<b>ATTIVITA'</b>	<b>D.S.</b>	<b>Direttore DCP</b>	<b>Pediatra di Comunità</b>	<b>Pediatrati di Libera Scelta</b>
<b>Informazione in merito alla vaccinazione antiRotavirus</b>	I	I	I	R
<b>Prescrizione vaccinazione</b>	I	I	I	R
<b>Effettuazione vaccinazione antiRotavirus su prescrizione pediatrica</b>	I	I	R	I

#### **Legenda:**

**R** Responsabile

**I** Informato

**C\*** consulente per gli aspetti riferiti alla gestione documentazione in qualità

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p> <p><b>D. SANITARIA AZIENDALE</b></p>	<p><b>ALL.1</b></p> <p><b>SCHEDA TECNICA</b></p> <p><b>“ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLA VACCINAZIONE ANTIROTAVIRUS IN COPAYMENT”</b></p> <p><b>IO.01.DIR.SAN.00</b></p>	<p>REV. n. 00–</p> <p>DEL 11/07/2014</p>
--	--	--

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

**ESSENDO STATO INFORMATO SULL'UTILITA' DELLE VACCINAZIONI E AVENDO COMPRESO CHE:**

- le vaccinazioni antipolio, antidiftotetano e antiepatite B sono obbligatorie; le vaccinazioni antipertosse, antihaemophilus influenzae tipoB (HIB), antipneumococco sono facoltative ma altamente raccomandate; il vaccino antirotavirus non è presente nel calendario regionale e si somministra per richiesta individuale
- i vaccini sono generalmente ben tollerati; le eventuali reazioni collaterali possono essere locali: (rossore, gonfiore, dolore nella sede di inoculazione) e/o generali (febbre, irritabilità, sonnolenza, pianto insistente, ed eccezionalmente reazioni allergiche e anafilattiche)
- il vaccino antirotavirus può provocare diarrea, irritabilità, dolori addominali, dermatite; in caso di dolore addominale, vomito persistente/a getto, sangue nelle feci, gonfiore addominale e/o febbre elevata i genitori devono riferirsi subito al Pediatra

**ACCONSENTE CHE  
il proprio figlio/a sia sottoposto alla vaccinazione**

ANTIPOLIO TIPO SALK	<input type="checkbox"/>	ANTIPERTOSSE	<input type="checkbox"/>
ANTIDIFTOTETANO	<input type="checkbox"/>	ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	<input type="checkbox"/>
ANTIEPATITE B	<input type="checkbox"/>	ANTIPNEUMOCOCCO	<input type="checkbox"/>
ANTIROTAVIRUS	<input type="checkbox"/>		

Dichiaro inoltre di autorizzare l'Azienda U.S.L. di Parma al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003

Il Genitore

Il Medico/AS/I

Data \_\_\_\_\_