



ASL Lecce

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Nord

Unità Operativa Nardò

Piazza Croce Rossa 2 73048 NARDO' (LE)

tel. 0833 568364 fax 0833 568366

e-mail: [sisp.uo.nardo@ausl.le.it](mailto:sisp.uo.nardo@ausl.le.it)

PEC: [sisp.sedenardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it](mailto:sisp.sedenardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it)

Al Dirigente  
I.C. Polo 1 "Piazza Umberto"  
[leic896001@istruzione.it](mailto:leic896001@istruzione.it)  
NARDO'

**Oggetto: Calendario delle vaccinazioni previste per l'A.S. 2024/25.**

Con la presente si invia il calendario delle vaccinazioni previste per l'A.S. 2024/25 con preghiera di diffusione ai **GENITORI**, attraverso i **Vostri canali di comunicazione**.

**Gli alunni dovranno presentarsi nella data e orario indicato nel calendario accompagnati da un genitore presso il Servizio Vaccinazioni sito in Piazza Croce Rossa, 2 Nardò (con il consenso informato compilato in ogni sua parte).**

Si allega:

- 1) INFORMATIVA e CONSENSO INFORMATO
- 2) DELEGA VACCINAZIONI (per i genitori impossibilitati ad accompagnare il proprio figlio.)
- 3) CALENDARIO ATTIVITA' VACCINALE

Ringraziando per la cortese collaborazione si porgono **Distinti Saluti**.

Nardò' 15 OTT 2024



  
Il Dirigente Medico Referente

  
ASL LECCE  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA  
Unità Operativa di Nardò (LE)  
Il Dirigente Medico  
Dr.ssa Nunzia PAGLIALUNGA



ASL Lecce

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Nord

Unità Operativa Nardò Piazza Croce Rossa 2 73048 NARDO' (LE)

tel. 0833 568364 fax 0833 568366 e-mail: [sisp.uo.nardo@asl.lecce.it](mailto:sisp.uo.nardo@asl.lecce.it)

PEC: [sisp.sedenardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it](mailto:sisp.sedenardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it)

*Cari Genitori,*

la Regione Puglia ha previsto nell'ambito del Calendario Regionale Vaccini l'offerta attiva e gratuita a tutte le ragazze e ragazzi appartenenti alla coorte **2013**, della vaccinazione **Anti-Papillomavirus** umano (HPV) ed **Anti-Meningococco B** e **Anti-Meningococco ACYW135** riconoscendo che gli adolescenti sono più esposti al rischio di contrarre queste malattie e sono la fascia d'età che ha il più alto tasso di trasmissione delle stesse.

L'infezione da HPV causa patologie, sia benigne che maligne, (es. tumore del collo dell'utero) a livello degli organi riproduttivi.

Il vaccino anti-HPV è sicuro ed efficace e viene somministrato per iniezione intramuscolare (2 dosi)

La meningite meningococcica è una grave infezione delle meningi, che se contratta, provoca una condizione molto grave per l'organismo, la sepsi. Sono attualmente noti 12 tipi di meningococco, ma solo cinque (A,B,C,Y,W135) sono rilevanti dal punto di vista clinico e capaci di provocare malattie ed epidemie. La trasmissione avviene da persona a persona per via aerea attraverso le goccioline di saliva.

Il vaccino è sicuro ed efficace. Viene eseguito tramite iniezione intramuscolare.

Meningococco ACYW135 (1 dose), Meningococco B (2 dosi).

Le reazioni associate alle vaccinazioni sono lievi e transitorie, le più frequenti sono la febbre e le reazioni locali nella sede di iniezione.

Le vaccinazioni sono controindicate in caso di gravidanza e in caso di allergia ad una dose precedente dello stesso vaccino o ad uno dei suoi componenti.

Inoltre, deve essere rinviata se è in corso una malattia acuta con febbre.

Come tutte le vaccinazioni eseguite per via intramuscolare, anche questo vaccino va somministrato con cautela alle persone con deficit della coagulazione.

Le vaccinazioni verranno effettuate presso l'ambulatorio di:

## **Nardo' Piazza Croce Rossa,2**

**P.S:** Il ragazzo/a dovrà presentarsi **non a digiuno**, accompagnato/a da almeno un Genitore con **il cartellino personale delle vaccinazioni**, con il **foglio dell'anamnesi pre-vaccinale e il consenso informato compilato in ogni sua parte e firmato, in allegato.**

**Per i genitori che non possono accompagnare i figli si prega di compilare il foglio di delega in allegato.**





Anamnesi Pre-Vaccinale di .....nato a..... il.....

1) Sta bene il bambino?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) Ha o ha avuto malattie importanti?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se si specificare		
• malattia neurologia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattia con immunodeficienza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3) Ha mai avuto convulsioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se si specificare		
• Con febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Senza febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4) Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci in continuità?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se si specificare		
• Cortisonici ad alte dosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Antineoplastici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5) Negli ultimi 3 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?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se si, si tratta di un vaccino o di un suo componente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se si, si è trattato di reazioni importanti? (specificare).....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9) Data ultima mestruazione _____	/	/
_____	_____	_____
10) Nei giorni precedenti hai avuto contatto stretto con caso probabile o confermato di COVID-19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Firma del Genitore _____	Firma Operatore Sanitario _____	/
		/

**CONSENSO INFORMATO Anti-HPV e Anti-MEN (a,b,c,y,w135)**

Il sottoscritto.....nato a..... il.....

**GENITORE DI**

Cognome .....Nome.....nato a.....

il.....Residente.....Cell.....

 **AUTORIZZO** **NON AUTORIZZO**La somministrazione del vaccino Anti-HPV  Anti-Meningo B  Anti-Menigo a,c,y,w 

N.B. Far pervenire, questo stampato compilato al Servizio Vaccinazioni anche in caso di dissenso

Data.....

Firma del genitore

.....





**DELEGA VACCINAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante  
Allegare anamnesi e consenso ad effettuare la vaccinazione

**IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

 Unità Operativa Nardò-Copertino  
 sede di Nardò  
 Piazza Croce Rossa 2 73048 NARDO' (LE)  
 tel. 0833 568364 fax 0833 568366  
 e-mail: [sisp.uo.nardo@asl.lecce.it](mailto:sisp.uo.nardo@asl.lecce.it)  
 PEC: [sisp.sedenardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it](mailto:sisp.sedenardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it)
**I. C. POLO I**  
**NARDO'**

In riferimento all'Attività Vaccinale (A.S. 2024-2025), si comunica quanto segue: le sedute vaccinali pomeridiane previste per le ragazze e i ragazzi **coorte 2013**, sono state programmate secondo il seguente calendario :

**MARTEDI' 05 Novembre 2024**

 IA.....dalle.....15.30.....alle.....16.00  
 IG.....".....16.00.....".....16.45  
 IIA-IIB-IIC.....".....16.45.....".....17.15

**GIOVEDÌ 07 NOVEMBRE 2025**

 IB.....dalle.....15.00.....alle.....15.30  
 IE.....".....15.30.....".....16.15  
 IH.....".....16.15.....".....16.45

**MARTEDI' 12 Novembre 2024**

 ID.....dalle.....15.30.....alle.....16.00  
 IF.....".....16.00.....".....16.45

**N.B: I RAGAZZI dovranno presentarsi nella data e orario indicato nel calendario, accompagnati da un genitore, presso il Servizio Vaccinazioni sito in Piazza Croce Rossa 2, Nardò (con il consenso informato compilato in ogni sua parte). Per i genitori che non possono accompagnare i figli si prega di compilare il foglio di delega in allegato.**

15 OTT 2024


 Il Dirigente Medico Responsabile  
 UO SISP Nardò-Copertino  
 Dr.ssa Ingrid De Nicola

 ASI LECCE  
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
 SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA  
 Unità Operativa di Nardò (LE)  
 Il Dirigente Medico  
 Dr.ssa Nunzia PAGLIALUNGA