



LICEO CLASSICO STATALE "F. CAPECE"



Indirizzi: *Classico, Linguistico EsaBac, Scientifico,
Linguistico Internazionale Spagnolo*

*Piazza A. Moro, 29 - 73024 Maglie (Le)
Tel. 0836/484301*

Web: www.liceocapece.edu.it – email: lepc01000g@istruzione.it

Posta certificata: lepc01000g@pec.istruzione.it

CIRCOLARE n. 350

Maglie, 18 agosto 2021

Ai Genitori degli Studenti e delle Studentesse

Oggetto: **campagna vaccinale anti Covid popolazione studentesca a.s. 2021/2022.**

Si comunica che la ASL Lecce, con nota n. 0126674 del 16/08/2021, per garantire l'avvio del nuovo anno scolastico in sicurezza ha avviato la campagna vaccinale anti Covid per gli Studenti e le Studentesse di età pari o superiore ad anni 12. Pertanto, con la presente, si invitano Le SS.VV. a prendere atto della nota succitata, che si fornisce in allegato, e a compilare i moduli Google attivati da questo Istituto e raggiungibili ai seguenti link:

- 1) <https://forms.gle/GTg2HdpFscmiPdVf9> **riservato** alle classi Prime a.s. 2021/2022 – accesso con email di uno dei genitori.
- 2) <https://forms.gle/z1q93ai4YJqy75GB9> **riservato** alle classi intermedie dal 2° al 5° anno - accesso con email degli Studenti (es: nome.cognome@liceocapece.it)

Si precisa che i moduli Google dovranno essere compilati, entro e non oltre il 20 agosto 2021, oltre che dagli Studenti che intendono sottoporsi a vaccinazione anche da chi:

- ha già concluso il ciclo vaccinale;
- ha già effettuato la 1° dose di vaccino;
- ha una prenotazione in corso;
- non intende aderire alla campagna di vaccinazione.

Si trasmettono, inoltre, i seguenti documenti con relative indicazioni operative:

1. **modulo di consenso** su cui esprimere la manifestazione di interesse ad effettuare la vaccinazione.

Per i minori, il modulo dovrà essere stampato, compilato e firmato da entrambi i Genitori o dal Tutore legale e caricato nel modulo Google al link succitato.

Gli studenti maggiorenni dovranno stampare, compilare, firmare e caricare nel modulo Google il modulo di consenso a loro riservato;

2. **scheda anamnestica** che dovrà essere compilata e consegnata al personale sanitario il giorno della vaccinazione;
3. **nota informativa** con le specifiche sul vaccino;
4. **delega vaccinazione** da utilizzare in caso di assenza di uno dei Genitori al momento della vaccinazione.

Si rileva che al momento della vaccinazione, il minore dovrà essere accompagnato da almeno un Genitore in possesso del documento di identità (o dall'eventuale Tutore legale) recando la delega del Genitore assente con allegata copia del documento di identità.

Distinti saluti

Il Dirigente Scolastico
prof.ssa Gabriella MARGIOTTA



ASL Lecce

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Area Sud
Via Sante Cezza, 14 - Maglie
Tel 0836.425225 fax0836.425226
DIRETTORE drssa L. Schirinzi
e-mail: sispsud@asl.le.it
sispsud.dipartimento.prevenzione@pec.asl.lecce.it

prot. n.
del 16.08.2021

Ai Dirigenti Scolastici
LORO SEDI

Oggetto: campagna vaccinale anti Covid popolazione studentesca della Puglia

In previsione della prossima riapertura degli Istituti Scolastici e con l'inizio del nuovo anno scolastico, in accordo con le indicazioni Nazionali e Regionali e al contenuto della nota prot. n.24584 dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia del 13.08.2021, dovendo assicurare la somministrazione del vaccino anti-Covid19 nei confronti degli studenti di età pari o superiore ai 12 anni, si invita la SV a voler estendere ai genitori degli allievi della scuola da lei diretta, gli allegati come sotto specificati:

1) **nota informativa** specifica sul vaccino, a cura della Direzione Generale della Prevenzione Ministero della Salute, comprensiva delle modalità di effettuazione della immunizzazione, dei vantaggi, del grado di efficacia, degli effetti collaterali, nonché delle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione.

2) **modulo di consenso** su cui esprimere la manifestazione di interesse, che, dopo la compilazione, sarà consegnato alla segreteria della scuola; il modulo dovrà contenere la firma per assenso di entrambi i genitori e sarà acquisito dai sanitari in occasione della seduta vaccinale. Si fa rilevare che al momento della somministrazione del vaccino, il minore dovrà essere accompagnato da almeno un genitore (o dall'eventuale tutore legale), recando copia del documento di riconoscimento del genitore assente.

3) **scheda anamnestica** in cui il genitore riporterà le indicazioni sullo stato di salute del minore e che sarà consegnata al sanitario all'atto della vaccinazione.

In caso di dubbi circa la presenza di controindicazioni alla vaccinazione, il genitore potrà rivolgersi al proprio Pediatra di fiducia.

Confidando nella consueta fattiva collaborazione, si resta in attesa di solleciti riscontri in merito alle adesioni acquisite da codesta segreteria.

Cordiali saluti.



Il dirigente medico SISP U.O.T. Maglie
drssa M.A. Morea

Morea

DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO

NOME COGNOME

.....

DATA di NASCITA

.....

LUOGO di NASCITA

.....

RESIDENZA

.....

Telefono

.....

Mail

.....

Tessera sanitaria (se disponibile)

N.

CODICE FISCALE

.....

N.

DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA' GENITORIALE

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale
(Nome Cognome)

.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato da

Il Scadenza

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale
(Nome Cognome)

.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato da

Il Scadenza

**di RIFIUTARE la somministrazione del
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico) _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

Nome e Cognome _____

Ruolo _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

N.B.

LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI



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'

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO

Cognome e Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune residenza	Indirizzo residenza
Telefono	E-mail
N. Tessera Sanitaria (se disponibile)	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa* redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino:

“ _____ ”

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “ _____ ”
Data e luogo
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale

Rifiuto la somministrazione del vaccino “ _____ ”
Data e luogo
Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante Legale

*Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale **

<p>1. Nome e Cognome (Medico)</p> <p>_____</p> <p><i>Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i></p> <p>Firma _____</p> <p>2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)</p> <p>_____</p> <p>Ruolo _____</p> <p>_____</p> <p><i>Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i></p> <p>Firma _____</p>
--

*** La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**

ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

NOTA INFORMATIVA

COMIRNATY (BioNTech/Pfizer)

Cos'è Comirnaty e a cosa serve

Comirnaty è un vaccino utilizzato per la prevenzione di COVID-19, malattia causata dal virus SARS-CoV-2. Comirnaty viene somministrato agli adulti e agli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni. Il vaccino induce il sistema immunitario (le difese naturali dell'organismo) a produrre gli anticorpi e le cellule del sangue attive contro il virus, conferendo così una protezione anti COVID-19. Poiché Comirnaty non contiene il virus per indurre l'immunità, non può trasmettere COVID-19.

Cosa deve sapere prima di ricevere Comirnaty

Comirnaty non deve essere somministrato se è allergico al principio attivo o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale (elencati di seguito).

Avvertenze e precauzioni

Si rivolga al medico o all'operatore sanitario del centro vaccinale prima di ricevere il vaccino se:

- ha avuto una grave reazione allergica o problemi respiratori dopo l'iniezione di un altro vaccino o dopo avere ricevuto Comirnaty in passato;
- è svenuto dopo un'iniezione;
- ha una malattia o un'infezione grave con febbre alta. Tuttavia, se ha una febbre lieve o un'infezione delle vie respiratorie superiori (come un raffreddore) potrà comunque ricevere la vaccinazione;
- ha un problema di sanguinamento, una tendenza alla formazione di lividi, o se usa medicinali per prevenire la formazione di coaguli di sangue;
- ha un sistema immunitario indebolito, a causa di una malattia come l'infezione da HIV, o di medicinali che influenzano il sistema immunitario, come i corticosteroidi.

Dopo la vaccinazione con Comirnaty sono stati segnalati casi molto rari di miocardite (infiammazione del cuore) e pericardite (infiammazione del rivestimento esterno del cuore), verificatisi principalmente nelle due settimane successive alla vaccinazione, più spesso dopo la seconda dose e nei giovani di sesso maschile. Dopo la vaccinazione è necessario prestare attenzione ai segni di miocardite e pericardite, quali respiro corto, palpitazioni e dolore toracico, e rivolgersi immediatamente al medico in caso di comparsa di tali sintomi.

Altri medicinali e Comirnaty

Informi il medico o l'operatore sanitario del centro vaccinale se sta usando, ha recentemente usato o potrebbe usare qualsiasi altro medicinale, o se le è stato somministrato di recente qualsiasi altro vaccino.

Gravidanza e allattamento

Se è in corso una gravidanza, se sospetta o sta pianificando una gravidanza o se sta allattando con latte materno, chieda consiglio al medico prima di ricevere questo vaccino.

I dati relativi all'uso di Comirnaty in donne in gravidanza sono limitati. Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti su gravidanza, sviluppo embrionale/fetale, parto o sviluppo post-natale. La somministrazione di Comirnaty durante la gravidanza deve essere presa in considerazione solo quando i potenziali benefici sono superiori ai potenziali rischi per la madre e per il feto.

Durata della protezione e limitazioni dell'efficacia del vaccino

La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla. Come per tutti i vaccini, la vaccinazione con Comirnaty potrebbe non proteggere tutti coloro che lo ricevono. I soggetti potrebbero non essere completamente protetti fino a 7 giorni dopo la seconda dose del vaccino.

È pertanto essenziale continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni di sanità pubblica (mascherina, distanziamento e lavaggio frequente delle mani).

Come viene somministrato Comirnaty

Comirnaty viene somministrato dopo diluizione sotto forma di iniezione intramuscolare nella parte superiore del braccio. È previsto un richiamo ed è raccomandabile che la seconda dose dello stesso vaccino sia somministrata 3 settimane (e comunque non oltre 42 giorni) dopo la prima dose per completare il ciclo di vaccinazione.

È molto importante che venga eseguita la seconda somministrazione per ottenere una risposta immunitaria ottimale. Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al suo medico curante o al centro vaccinale dove è stata somministrata la prima dose.

Comirnaty può essere utilizzato per completare un ciclo vaccinale misto, nei soggetti di età inferiore ai 60 anni che abbiano già effettuato una prima dose di vaccino Vaxzevria, a distanza di 8-12 settimane dalla somministrazione di questo vaccino. Tale utilizzo non è compreso nelle indicazioni del vaccino, ma l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), a seguito della Circolare del Ministero prot. n°. 0026246-11/06/2021-DGPRE, ne ha consentito l'impiego, attraverso l'inserimento del farmaco negli elenchi predisposti secondo la legge n. 648/96¹, nei soggetti di età inferiore ai 60 anni con precedente utilizzo di Vaxzevria. Tale inserimento è stato reso possibile dalla recente pubblicazione di dati clinici che dimostrano una buona risposta anticorpale ed effetti collaterali gestibili a seguito della vaccinazione con ciclo misto.

Possibili effetti indesiderati

Come tutti i vaccini, Comirnaty può causare effetti indesiderati, sebbene non tutte le persone li manifestino.

Effetti indesiderati molto comuni (possono interessare più di 1 persona su 10):

- nel sito di iniezione: dolore, gonfiore
- stanchezza
- mal di testa
- dolore muscolare
- brividi
- dolore articolare
- diarrea
- febbre

Alcuni di questi effetti indesiderati sono risultati leggermente più frequenti negli adolescenti di età compresa fra 12 e 15 anni rispetto agli adulti.

Effetti indesiderati comuni (possono interessare fino a 1 persona su 10):

- arrossamento nel sito di iniezione
- nausea
- vomito

Effetti indesiderati non comuni (possono interessare fino a 1 persona su 100):

- ingrossamento dei linfonodi
- malessere
- dolore agli arti

¹ La Legge n. 648/96 consente ai medici l'utilizzo a carico del SSN di farmaci che si sono dimostrati efficaci e sicuri nel trattamento di

una determinata patologia, ma che non sono autorizzati per quella specifica indicazione terapeutica.

- insonnia
- prurito nel sito di iniezione
- reazioni allergiche quali eruzione cutanea o prurito

Effetti indesiderati rari (possono interessare fino a 1 persona su 1.000):

- paresi temporanea di un lato del viso
- reazioni allergiche quali orticaria o gonfiore del viso

Non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili):

- reazione allergica grave
- infiammazione del cuore (miocardite) o infiammazione del rivestimento esterno del cuore (pericardite) che possono causare respiro corto, palpitazioni o dolore toracico

Se manifesta un qualsiasi effetto indesiderato, anche se non elencati di sopra, si rivolga al medico curante o contatti il centro vaccinale.

Può inoltre segnalare gli effetti indesiderati direttamente tramite il sistema nazionale di segnalazione (<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>).

Cosa contiene Comirnaty

Il principio attivo è un vaccino a mRNA anti-COVID-19.

Gli altri componenti sono: ((4-idrossibutil)azanediiil)bis(esano-6,1-diil)bis(2-esildecanoato) (ALC-0315); 2-[(polietilenglicole)-2000]-N,N-ditetradecilacetammide (ALC-0159); 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina (DSPC); colesterolo; potassio cloruro; potassio diidrogeno fosfato; sodio cloruro; fosfato disodico diidrato; saccarosio; acqua per preparazioni iniettabili.

Da compilare a cura del genitore e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e cognome del minore _____			
Data di nascita _____	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? Se SI, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le ragazze : è incinta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Riferisca eventuali patologie del minore _____

Specifichi di seguito i farmaci che sta assumendo: _____

ANAMNESI COVID CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST COVID-19:			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (data _____)			
• Test COVID-19 positivo (data _____)			

Genitore _____ firma _____ data _____

Sanitario _____ firma _____ data _____