



via La Farina 263/N

98123 Messina tel.090361

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

SERVIZIO DI FARMACOVIGILANZA

Tel. 090-3653902 Fax 090-3653900

Messina, 10/03/2021

Prot. n. 33792 All.n.....2

All'Ufficio Provveditorato degli Studi
di Messina
SEDE

OGGETTO: Modalità operative: segnalazione di reazioni avverse da Vaccini Anti-Covid 19

Nell'attuale contesto di emergenza sanitaria è di fondamentale importanza partecipare al sistema di sorveglianza sui vaccini anti-Covid 19.

La normativa europea sulla farmacovigilanza richiede a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini di segnalare qualsiasi sospetta *reazione avversa*, per contribuire alla sicurezza per la popolazione.

In conseguenza della numerosa adesione alla vaccinazione, lo strumento della *segnalazione di reazione avversa* può contribuire ad evidenziare potenziali segnali di rischio per la salute e permettere di intervenire con azioni regolatorie.

Pertanto, si invitano le S.S.L.L. in indirizzo a voler divulgare le modalità operative descritte di seguito per una corretta segnalazione di qualunque manifestazione negativa per la salute, che si sospetti sia correlata con la somministrazione del vaccino Covid-19, indipendentemente dal fatto che si possa identificare una relazione causale con il vaccino stesso.

Tra gli eventi avversi ai vaccini Anti-Covid 19 è importante segnalare eventuali casi di infezione da SARS-COV2, insorti tra prima e seconda dose o a vaccinazione ultimata, specificando la tipologia di test diagnostico effettuato.

La segnalazione di reazione avversa deve essere inviata (preferibilmente) entro 36 ore dalla somministrazione del vaccino e può essere fatta compilando le **schede cartacee** (allegate) o direttamente on-line sulla piattaforma **Vigifarmaco**.

SEGNALAZIONE ATTRAVERSO SCHEDE CARTACEE:

Le schede cartacee possono essere compilate dal medico curante (scheda per operatore sanitario) o dal singolo cittadino vaccinato (scheda paziente)

Le suddette schede sono disponibili anche sul portale dell'AIFA (<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>).

Le schede compilate devono essere inviate al Responsabile Locale di Farmacovigilanza (RLFV) per l'ASP di Messina all'indirizzo mail donatella.zodda@asp.messina.it o a mezzo fax 090/3653900.

SEGNALAZIONE SISTEMA ON-LINE:

E' possibile fare la segnalazione direttamente **on-line** tramite la piattaforma Vigifarmaco, seguendo la semplice procedura guidata (<https://www.vigifarmaco.it>)

In entrambe i casi si raccomanda di compilare i seguenti **campi fondamentali** affinché la segnalazione sia ritenuta valida e possa essere inoltrata alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza per le valutazioni.

- Dati del soggetto vaccinato (Iniziali, età o data di nascita, sesso)
- Descrizione, il più possibile dettagliata, della reazione avversa (grave o non grave, nota o non nota)
- Nome commerciale (o Ditta) e Lotto del vaccino somministrato;
- Sito di somministrazione (specificare deltoide destro o sinistro)
- Data e Orario della vaccinazione;
- Specificare se si tratta di I o II dose;
- Data di insorgenza della reazione;
- Esito della reazione avversa (miglioramento/risoluzione, completa/reazione invariata/peggioramento)
- Dati del segnalatore (qualifica e recapiti)

Al fine di evitare sovrapposizione di segnalazioni, si raccomanda di utilizzare un' unica modalità (o direttamente su scheda cartacea, o attraverso il medico curante su scheda cartacea, o direttamente online su Vigifarmaco)

Si chiede alle SS.LL. in indirizzo la massima collaborazione per la diffusione della presente comunicazione.

Il Responsabile di Farmacovigilanza
ASP di Messina

Dott.ssa Donatella Zodda




1. INIZIALI PAZIENTE <i>Nome – Cognome</i>	2. DATA di NASCITA o ETÀ	3. SESSO M ☐ F ☐	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
1.a. PESO (kg)	1.b. ALTEZZA (cm)	1.c. DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	1.d. GRAVIDANZA ☐ sconosciuta ☐ 1° trimestre ☐ 2° trimestre ☐ 3° trimestre		1.e. ALLATTAMENTO ☐ SI ☐ NO
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI (*se il segnalatore è un medico)					
7. INDICARE SE LA REAZIONE OSSERVATA DERIVA DA: ☐ INTERAZIONE ☐ ERRORE TERAPEUTICO ☐ ABUSO ☐ MISUSO ☐ OFF LABEL ☐ OVERDOSE ☐ ESPOSIZIONE PROFESSIONALE			8. GRAVITA' DELLA REAZIONE: GRAVE ☐ DECESSO ☐ OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO ☐ INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE ☐ HA MESSO IN PERICOLO DI VITA ☐ ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO ☐ ALTRA CONDIZIONE CLINICAMENTE RILEVANTE ☐ NON GRAVE		
9. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR (<i>riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti</i>):				10. ESITO DATA: ☐ RISOLUZIONE COMPLETA ADR ☐ RISOLUZIONE CON POSTUMI ☐ MIGLIORAMENTO ☐ REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA ☐ DECESSO ☐ dovuto alla reazione avversa ☐ il farmaco può avere contribuito ☐ non dovuto al farmaco ☐ causa sconosciuta	
11. AZIONI INTRAPRESE (<i>specificare</i>):				☐ NON DISPONIBILE	

In caso di sospensione compilare i campi da 17 a 20

INFORMAZIONI SUI FARMACI

12. FARMACO/IL SOSPETTO/IL *(indicare il nome della specialità medicinale o del generico*)*. *Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici*

A) **13. LOTTO** **14. DOSAGGIO/FREQUENZA** *(specificare)*

15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE **16. DURATA DELL'USO:** DAL AL

17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? ☐ SI ☐ NO **18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?** ☐ SI ☐ NO

19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? ☐ SI ☐ NO **20. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?** ☐ SI ☐ NO

B) **13. LOTTO** **14. DOSAGGIO/FREQUENZA** *(specificare)*

15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE **16. DURATA DELL'USO:** DAL AL

17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? ☐ SI ☐ NO **18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?** ☐ SI ☐ NO

19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? ☐ SI ☐ NO **20. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?** ☐ SI ☐ NO

C) **13. LOTTO** **14. DOSAGGIO/FREQUENZA** *(specificare)*

15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE **16. DURATA DELL'USO:** DAL AL

17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? ☐ SI ☐ NO **18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?** ☐ SI ☐ NO

19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? ☐ SI ☐ NO **20. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?** ☐ SI ☐ NO

* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione

Prego, girare il foglio →

21. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati precedentemente):		
A:		
B:		
C:		
22. FARMACO/I CONCOMITANTE/I (indicare il nome della specialità medicinale o del generico*). Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici		
A)	23. LOTTO	24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)
25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE	26. DURATA DELL'USO: DAL	AL
27. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?	☐ SI ☐ NO	28. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? ☐ SI ☐ NO
29. IL FARMACO E' STATO RIPRESO?	☐ SI ☐ NO	30. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? ☐ SI ☐ NO
B)	23. LOTTO	24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)
25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE	26. DURATA DELL'USO: DAL	AL
27. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?	☐ SI ☐ NO	28. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? ☐ SI ☐ NO
29. IL FARMACO E' STATO RIPRESO?	☐ SI ☐ NO	30. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? ☐ SI ☐ NO
* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione		
31. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati qui sopra):		
A:		
B:		
32. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ecc. (specificare):		
33. CONDIZIONI PREDISPONENTI e/o CONCOMITANTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)		
34. ALTRE INFORMAZIONI		
INFORMAZIONI SULLA SEGNALEZIONE E SUL SEGNALETORE		
35. INDICARE SE LA REAZIONE E' STATA OSSERVATA NELL'AMBITO DI: ☐ Progetto di Farmacovigilanza Attiva ☐ Registro Farmaci		
☐ Studio Osservazionale, specificare: titolo studio tipologia numero		
36. QUALIFICA DEL SEGNALETORE ☐ MEDICO OSPEDALIERO ☐ MEDICO MEDICINA GENERALE ☐ PEDIATRA LIBERA SCELTA ☐ SPECIALISTA ☐ MEDICO DISTRETTO ☐ FARMACISTA ☐ INFERMIERE ☐ CAV ☐ ALTRO (specificare):		37. DATI DEL SEGNALETORE (i dati del segnalatore sono trattati in modo confidenziale) NOME E COGNOME: INDIRIZZO: TEL E FAX: E-MAIL:
38. ASL DI APPARTENENZA:		39. REGIONE:
40. DATA DI COMPILAZIONE:		41. FIRMA DEL SEGNALETORE

Scheda per il paziente di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci o vaccini

1. Informazioni sul paziente che ha avuto la reazione avversa

Chi ha avuto la reazione? Io ☐ Mio figlio/a ☐ Altra persona ☐
Iniziali (Nome e cognome) _____ Data di nascita o età _____ Sesso M ☐ F ☐
Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____ Data ultima mestruazione _____
Gravidanza: 1° trimestre ☐ 2° trimestre ☐ 3° trimestre ☐ Sconosciuta ☐ Allattamento SI ☐ NO ☐

2. Informazioni sulla sospetta reazione avversa

Quale reazione avversa è stata osservata?

La reazione avversa deriva da un errore (es. sbaglio di farmaco, di dose, via di somministrazione) ☐
La reazione avversa deriva da un uso eccessivo del farmaco ☐

Quando sono iniziati i sintomi? (indicare la data)

Quanto grave è stata la reazione? ☐ Non grave
☐ Ricovero in ospedale ☐ Pericolo di vita ☐ Invalidità permanente
☐ Difetto alla nascita ☐ Morte

Quanto ha influito la reazione sulla qualità di vita? Indicare un valore da 1 (per niente) a 10 (moltissimo):
Scegliere valore _____

Quanto è durata?

Ha utilizzato dei farmaci o altro per curare la reazione?

Adesso la reazione avversa è?

☐ Risolta ☐ Risolta con conseguenze ☐ Migliorata ☐ Non ancora risolta ☐ Non so

3. Informazioni sui farmaci assunti

Informazioni sul/i farmaco/i che possono aver causato la reazione

Se i farmaci sospettati sono più di due usare un foglio aggiuntivo

1. Nome del farmaco _____ N. Lotto (se conosciuto) _____

Prescritto dal medico? ☐ Sì ☐ No

Data inizio assunzione _____ Data fine assunzione _____

Quante volte al giorno? _____ Come (per bocca, iniezione, uso cutaneo, ecc)? _____

Per quale motivo?

Il farmaco è stato sospeso a causa della reazione avversa? ☐ Sì ☐ No

Il farmaco era stato preso in passato? ☐ Sì ☐ No Era avvenuta la stessa reazione? ☐ Sì ☐ No

2. Nome del farmaco _____ N. Lotto (se conosciuto) _____

Prescritto dal medico? ☐ Sì ☐ No

Data inizio assunzione _____ Data fine assunzione _____

Quante volte al giorno? _____ Come (per bocca, iniezione, uso cutaneo, ecc)? _____

Per quale motivo?

Il farmaco è stato sospeso a causa della reazione avversa? ☐ Sì ☐ No

Il farmaco era stato preso in passato? ☐ Sì ☐ No Era avvenuta la stessa reazione? ☐ Sì ☐ No

Oltre al farmaco/i indicati in precedenza riportare eventuali altri farmaci o prodotti (es: integratori, erbe medicinali) assunti contemporaneamente:

4. Informazioni sul medico curante

Il medico curante è stato informato di questa reazione? ☐ Sì ☐ No

Nel caso in cui fosse necessario approfondire il suo caso, possiamo contattare il suo medico curante? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, potrebbe indicare le seguenti informazioni relative al suo medico curante:

Nome Cognome

Indirizzo Numero di telefono

5. Altre informazioni mediche rilevanti

Indicare eventuali altre malattie del paziente (per esempio allergie, malattie croniche)

6. Informazioni sul compilatore della scheda

Nome Cognome

Indirizzo e telefono

Indirizzo e-mail

ASL di appartenenza Regione

Data compilazione Firma

COME INVIARE LA SCHEDA

- Per FAX o E-MAIL o POSTA al Responsabile di Farmacovigilanza della propria ASL, gli indirizzi sono presenti sul sito dell'AIFA (www.agenziafarmaco.gov.it → Sicurezza → Responsabili di farmacovigilanza).