

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL INFLUVAC 2017-2018

El uso de **INFLUVAC** se debe basar en las recomendaciones oficiales. Esta vacuna está indicada para protegerle frente a la gripe, especialmente en las personas que tengan un mayor riesgo de complicaciones asociadas. La gripe es una enfermedad que puede extenderse rápidamente y es causada por diferentes tipos de cepas que pueden cambiar cada año. Este es el motivo por el que es necesario vacunarse cada año. Hay mayor riesgo de contagio durante los meses de frío entre octubre y marzo.

La vacuna no le protegerá frente al resfriado común incluso si algunos de los síntomas son similares a la gripe.

### **PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES.**

- Si es alérgico (hipersensible) a los principios activos o componentes de la vacuna: huevos (ovoalbúmina o proteínas de pollo), formaldehído, bromuro de cetriltrimetilamonio, polisorbato 80 o gentamicina y agua para preparaciones inyectables.
- Retrase la vacunación hasta que se haya recuperado si padece una enfermedad que se acompañe de temperatura alta o infección aguda.

**Tenga especial cuidado con INFLUVAC:** Consulte a su médico si tiene respuesta inmunológica debilitada (inmunodeprimidos o están tomando medicamentos que afecten al sistema inmunológico), problemas de sangrado o se producen moratones con facilidad. Es estos casos su médico decidirá si recibe la vacuna.

Si se le practica un análisis de sangre a los pocos días de la vacunación, informe a su médico porque se han observado falsos positivos en pruebas serológicas.

**Uso de otros medicamentos:** Informe a su médico si está utilizando o ha utilizado otros medicamentos (incluso los adquiridos sin receta). INFLUVAC puede administrarse al mismo tiempo que otras vacunas en diferentes extremidades (se debe tener en cuenta que los efectos adversos pueden ser más fuertes). La respuesta inmunológica puede disminuir en caso de tratamientos inmunosupresores: corticosteroides, citotóxicos o radioterapia.

**Embarazo y lactancia:** Consulte a su médico antes de vacunarse si está embarazada o cree que pueda estarlo. Las vacunas antigripales inactivadas se pueden utilizar en todos los estadios del embarazo. Las series de datos de seguridad disponibles son más amplias para el segundo y tercer trimestres del embarazo que para el primer trimestre. Sin embargo, los datos sobre el uso de vacunas antigripales a nivel mundial no indican ningún efecto adverso fetal y maternal atribuible a la vacuna. INFLUVAC se puede usar durante el periodo de lactancia. **Su médico decidirá si usted debería recibir INFLUVAC.**

### **POSIBLES EFECTOS ADVERSOS.**

- **Frecuentes:** afectan entre 1 y 10 vacunados de cada 100. Reacciones locales (enrojecimiento, inflamación, dolor, manchas lívidas y

endurecimiento en zona de la inyección). Reacciones sistémicas (dolor de cabeza, sudoración, dolor muscular y articular, fiebre, sensación de malestar). Normalmente estas reacciones desaparecen en 1-2 días sin necesidad de tratamiento.

- **Efectos secundarios raros o muy raros:** Reacciones alérgicas (situaciones de urgencia médica por shock, inflamación más aparente en cabeza, cuello, labios, lengua, garganta o cualquier otra parte). Reacciones generalizadas en la piel (prurito, urticaria, rash). Inflamación de vasos sanguíneos (vasculitis con implicación renal transitoria). Neuralgias, anomalías en la percepción del tacto, dolor, calor y frío (parestesias). Reacciones neurológicas como encefalomiелitis, neuritis y síndrome de Guillain-Barré. Convulsiones relacionadas con la fiebre. Disminución de las plaquetas que puede producir sangrados o hematomas. Linfadenopatía transitoria en cuello, axila o ingle.
- Todos los efectos adversos notificados están recogidos en el punto 4 del prospecto: posibles efectos adversos, que está a su disposición antes de la vacunación y en la pág. Web del Servicio de Prevención para su consulta.

**Informe a su médico** de cualquier efecto adverso grave o secundario que le aparezca tras la vacunación tanto si está aquí reflejado como de cualquier otro no mencionado en esta hoja.

**Cualquier duda que tenga al respecto debe ser aclarada con su médico antes de la vacunación.**

**CONSENTIMIENTO A LA VACUNACIÓN.**

D°/Dña..... con DNI  
número.....**CERTIFICO/A que he sido informado/a, he entendido y  
no tengo dudas de la información recibida sobre la vacunación antigripal  
con la vacuna antigripal INFLUVAC.**

Declaro que **ACEPTO** la vacunación.

**FECHA:**

**FIRMA:**