

Vacuna Triple vírica

És una vacuna de virus vius atenuats que s'administra per via subcutània per prevenir tres malalties causades per virus: el xarampió, la rubèola i la parotiditis.

El **xarampió** és una malaltia infecciosa molt contagiosa que pot ser molt greu en infants molt petits i en adults. Poden presentar-se complicacions com l'otitis, pneumònia o encefalitis.

La **rubèola** (o rosa) sol ser lleu i pot passar inadvertida. En canvi, quan la pateix una dona embarassada, és perillosa per al fetus, ja que pot patir la síndrome de la rubèola congènita i pot afectar al desenvolupament dels òrgans del fetus, donar lloc a un part prematur o a un avortament.

La **parotiditis** (o galteres) causa inflor d'una o més glàndules salivals, generalment les paròtides. Sol ser benigna però, de vegades, poden aparèixer complicacions, (especialment en adults) essent la més freqüent en els nois adolescents l'orquitis (inflamació del testicle) i en les noies l'ooforitis (inflamació de l'ovari).

A Catalunya s'administra de manera sistemàtica una dosi als 12 mesos i una segona dosi a l'escola als 3 anys d'edat. Els adults que no es van vacunar a la infantesa, sobretot les dones en edat fèrtil, haurien de rebre dues dosis amb un interval mínim entre elles de quatre setmanes.

L'efectivitat d'aquesta vacuna és del 95% i es pot administrar junt amb altres vacunes si s'administren a diferents zones del cos.

Efectes adversos de la vacuna

En la majoria d'ocasions la vacuna no dona cap tipus de reacció. Algunes vegades poden donar símptomes entre els 5 i 12 dies després de la seva administració com dolor i envermelliment en el lloc de la punció, febre o una erupció que desapareix al cap de pocs dies.

No es pot administrar en cas d'embaràs i s'ha d'evitar l'embaràs durant el mes següent a la seva administració ja que pot donar complicacions greus en el fetus. És important que accepti aquesta condició.

En cas de patir una malaltia greu, estar prenent un medicament que baixa les defenses o preveure una transfusió de sang, consulti un professional sanitari abans.

Consentiment informat

He estat informada dels riscos que comporta la vacuna de la rubèola. Declaro no estar embarassada en l'actualitat, i em comprometo a prendre les mesures anticonceptives necessàries durant el període d'un mes posterior a l'administració de la vacuna Triple Vírica. Igualment, n'assumeixo tota la responsabilitat si aquest embaràs es produís.

Nom de la pacient:

.....

DNI:

Nom del/la professional que realitza la vacunació:

.....

Centre vacunal:

Data de vacunació:.....

SÍ autoritzo que em sigui administrada la vacuna Triple Vírica.

NO autoritzo que em sigui administrada la vacuna Triple Vírica.

Signatura
del/la professional

Signatura
del/la pacient