

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 (o galteres).

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 otitis, pneumònia o encefalitis.

La **rubèola**, coneguda també com la rosa, sol ser lleu i pot passar inadvertida. En canvi, quan la pateix una dona embarassada, és perillosa per al fetus, que pot patir la síndrome de la rubèola congènita i pot afectar-li tots els òrgans o donar lloc a un part prematur o a una mort fetal.

La **parotiditis** o galteres es caracteritza per la inflor d'una o més glàndules salivals, generalment les paròtides. Sol ser benigna però, de vegades, poden aparèixer complicacions, 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 4 anys d'edat. Els adults, sobretot les dones en edat fèrtil, haurien de rebre dues dosis amb un interval mínim entre elles de quatre setmanes.

Efectes adversos de la vacuna

En la majoria d'ocasions la vacuna no dona cap tipus de reacció. Algunes vegades es poden donar problemes menors com dolor i envermelliment en el lloc de la punció, febre o una erupció que desapareix al cap de pocs dies. En cas de ser dona en edat fèrtil, ha de saber que **no es pot vacunar si està embarassada ni es pot quedar embarassada durant el més següent** en què s'hagi administrat la vacuna ja que el

seu fill podria patir diverses malformacions. **És important l'acceptació per la seva part d'aquesta condició.**

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
de la pacient