Región de Murcia
Consejería de Economía, Hacienda y Administración Digital
Dirección General de Función Pública

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
Avda. Infante Juan Manuel, 14.
30011 MURCIA
Teléf.: 968-366164

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACUNACIÓN CON DOSIS DE RECUERDO ESTACIONAL FRENTE A COVID-19 *(COMIRNATY ® BIVALENTE ORIGINAL/OMICRON BA.4-5)*

ESTA VACUNA SE RECOMIENDA A: *(Marcar con una X a qué grupo pertenece)*

- ☐ Personal empleado público de 60 años o más**: (A)**
- ☐ Personal empleado público menor de 60 años con condiciones de riesgo: **(B)**
  - ✓ Enfermedades crónicas del sistema cardiovascular.
  - ✓ Enfermedad respiratoria crónica, incluida asma, displasia, fibrosis quística y patología pulmonar confirmada tras padecimiento de COVID-19.
  - ✓ Enfermedades metabólicas crónicas (incluye diabetes mellitus).Obesidad mórbida (IMC≥40).
  - ✓ Enfermedad hepática crónica, incluyendo alcoholismo crónico. Enfermedad renal crónica.
  - ✓ Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves.
  - ✓ Enfermedad inflamatoria crónica. Enfermedad celíaca. Asplenia.
  - ✓ Hemoglobinopatías y anemias. Trastornos de coagulación, receptores de transfusiones.
  - ✓ Portadores de implantes cocleares o a la espera de recibirlo.
  - ✓ Cáncer, inmunosupresión primaria, causada por VIH o por fármacos.
  - ✓ Trastornos o enfermedades que conllevan disfunción cognitiva.
- ☐ Personal sanitarios.**(C)**
- ☐ Personal socio sanitario, de residencias de personas mayores y atención a la discapacidad.**(J)**
- ☐ Personal empleado público con mayor exposición y que pueden transmitir la enfermedad a personas con alto riesgo de complicaciones: convivientes en el hogar con personas con patologías que conllevan alto grado de inmunodepresión **(D)**
- ☐ Empleadas públicas embarazadas en cualquier trimestre de gestación y en posparto (hasta 6 m). **(E)**

CONTRAINDICACIONES:

- Si es alérgico al principio activo o a alguno de los demás componentes de la misma: Tozinameran/Famtozinameran,((4-hidroxibutil)azanodiil)bis(hexano-6,1-diil)bis(2hexildecanoato) (ALC-0315),2-[(polietilenglicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida(ALC-0159),1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfocolina (DSPC),colesterol, Trometamol, Hidrocloruro de trometamol,sacarosa.
- Reacción alérgica grave después de la administración de Comirnaty en el pasado.
- En caso de enfermedad grave o infección con fiebre alta la inmunización deberá posponerse.

REACCIONES ADVERSAS:

• ***Muy frecuentes:*** *Dolor e hinchazón en el lugar de inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, artralgia, diarrea y fiebre, enrojecimiento en el lugar de inyección, náuseas y vómitos.*

• ***Poco Frecuentes:*** *aumento de tamaño de los ganglios linfáticos, malestar, dolor en el brazo ,insomnio, picor en el lugar de inyección, erupción cutánea o picor, sensación de debilidad o falta de energía/somnolencia, disminución del apetito, sudoración excesiva, sudoración nocturna.*

• ***Efectos adversos raros y muy raros:*** *parálisis temporal de un lado de la cara, urticaria o hinchazón de la cara, miocarditis y pericarditis que pueden provocar dificultad respiratoria, palpitaciones o dolor torácico.*

• ***Frecuencia no conocida:*** *reacción alérgica grave, hinchazón extensa de la extremidad, hinchazón en la cara en pacientes tratadas con rellenos dérmicos, eritema multiforme, parestesia, hipoestesia.*

"Se recomienda una observación estrecha durante al menos 15 minutos tras la vacunación."

Habiendo sido informado de las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de la vacuna antigripal,

SI doy mi consentimiento *para su administración:*

Nombre y Apellidos: _____ **DNI:** _____

Fecha de nacimiento: __/__/_____

Consejería: _____

Fecha y firma: ___/___/**2022**