

What You Need to Know Before Getting The Seasonal Influenza Vaccine 2011-2012

Why Get Vaccinated?

Influenza (or “flu”) is a viral infection of the nose, throat, bronchial tubes and may even involve the lungs. Flu is most common in the United States from November to April.

It can cause fever, chills, cough, muscle aches, sore throat and headache. Although most people are ill for only a few days, some get much sicker and may need to be hospitalized. Influenza causes thousands of deaths each year, mostly among the elderly. Influenza vaccine can prevent influenza.

Influenza Vaccine

Although the influenza vaccine strains for the 2011-2012 season are unchanged from those of the previous year, annual vaccination is recommended because post-vaccination titers decline over the course of the year. Influenza vaccine is effective only against illnesses caused by influenza viruses, and not against other causes of fever and colds. **This year’s vaccine contains virus strains A/California/7/2009 (H1N1)–like, A/Perth/16/2009 (H3N2)–like and B/Brisbane/60/2008–like.** Protection develops 2 weeks after the vaccination and may last up to one year.

N.B. The injectable vaccine contains killed, inactivated virus so you cannot get influenza from the vaccine. The intranasal vaccine contains live attenuated virus and is not given to persons with certain medical conditions. It is also not given to persons in certain age groups.

Who Should Get the Influenza Vaccine?

Annual flu vaccine is recommended for all persons age 6 months and over.

The following groups are especially encouraged to get the vaccine:

- Adults 50 years of age or older
- Children age 6 months to 59 months of age.
- Adults and children who have a long-term health problem with heart disease (except high blood pressure), lung disease, kidney or liver disease, neurological disorders, anemia or other blood disorders, metabolic disease such as diabetes, or asthma.
- Residents of long-term care facilities
- Anyone whose immune system is weakened because of:
 - HIV/AIDS or other diseases that affect the immune system
 - Long term treatment with drugs such as steroids
 - Cancer treatment with radiation or drugs
- Women who are pregnant or plan to become pregnant during the influenza season.
- Health care providers or anyone else coming in contact with persons at high-risk of severe influenza illness and related complications
- Children and adolescents (6 months to 18 years) who are on long-term aspirin therapy
- American Indians/Alaskan natives
- Persons who are morbidly obese (BMI [Body Mass Index] equal to or greater than 40)

Dosage

Only a single flu shot is needed each season for persons 9 years of age and older. Children under 9 years of age will need 2 doses, at least 4 weeks apart if:

- this is the first time they have received any flu vaccine
- they did not receive at least one dose of flu vaccination in the 2010-2011 flu season, or
- previous flu vaccination history cannot be determined.

Complete the questionnaire below, detach and keep the top part for your information.

Please answer the following questions about the person receiving the vaccine:

- | <u>Circle:</u> | <u>Question:</u> |
|---|---|
| NO YES | 1. Are you sick today? Explain: _____ |
| NO YES | 2. Do you have a fever? Explain: _____ |
| NO YES | 3. Are you allergic to eggs or egg products? Explain: _____ |
| NO YES | 4. Are you allergic to any medication (including Thimerosal)? Explain: _____ |
| NO YES | 5. Are you allergic or sensitive to latex? Explain: _____ |
| NO YES | 6. Have you ever had a vaccine reaction? Explain: _____ |
| NO YES | 7. Have you ever had Guillain-Barre Syndrome? Explain: _____ |
| NO YES | 8. Is this your first flu vaccination? |
| For those requesting LAIV, also ask: | |
| NO YES | 9. Are you sensitive/allergic to gelatin, gentamycin or arginine? Explain: _____ |
| NO YES | 10. Have you ever had a serious reaction to intranasal influenza vaccine (FluMist) in the past? |
| NO YES | 11. Are you younger than age 2 years or older than age 49 years? |
| NO YES | 12. Do you have a long-term health problem including: heart disease, lung disease, asthma , kidney disease, neurologic or neuromuscular disease, liver disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia or another blood disorder? Explain: _____ |
| NO YES | 13. For child age 2-4 years: Has a health care provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months? |
| NO YES | 14. Do you have a weakened immune system because of HIV/AIDS or another disease that affects the immune system, long-term treatment with drugs such as high-dose steroids, or cancer treatment with radiation or drugs? Explain: _____ |
| NO YES | 15. Are you receiving antiviral medications? Explain: _____ |
| NO YES | 16. For children and teens: Are you receiving aspirin therapy or aspirin-containing therapy? |
| NO YES | 17. For females: Are you pregnant or could become pregnant within the next month? |
| NO YES | 18. Do you live with or expect to have close contact with a person whose immune system is severely compromised and who must be in protective isolation (e.g., isolation room of a bone marrow transplant unit)?
Explain: _____ |
| NO YES | 19. Have you received any other vaccinations in the past 4 weeks? Explain: _____ |

This form was reviewed by: _____, CHN Date: _____

What Are the Risks From Influenza Vaccine?

A vaccine, like any other medicine, is capable of causing serious problems, such as severe allergic reaction. The risk of a vaccine causing serious harm, or death, is extremely small. Almost all people who get influenza vaccine have no serious problems from it.

If the following mild or moderate problems occur, they usually start soon after the vaccination, and usually last up to 1 to 2 days:

- Soreness, redness or swelling where the shot was given
- Hoarseness or cough
- Sore, red or itchy eyes
- Fever or aches
- For those receiving intranasal vaccine - runny nose/nasal congestion

In 1976, swine flu vaccine was associated with a severe paralytic illness called Guillain-Barré Syndrome (GBS). Influenza vaccines since then have not been clearly linked to GBS. If there is a risk of GBS from current influenza vaccines, it is estimated at 1 to 2 cases per million persons vaccinated--much less than the risk of severe influenza, which can be prevented by vaccination.

Giving Other Vaccines at the Same Time:

Influenza can be given at the same time as pneumococcal vaccine.

Tell Your Doctor or Nurse if the Person Getting the Vaccine:

- Is sensitive to Thimerosal or gelatin
- Has a serious allergy to eggs
- Ever had a serious allergic reaction or other problem after getting influenza vaccine
- Was ever paralyzed by Guillain-Barré Syndrome (GBS)
- Is pregnant or thinks she might be pregnant
- Now has an acute respiratory or other active infection

What to Do if There is a Serious Reaction

Life threatening reactions are rare and usually occur within a few minutes to a few hours.

- Call your doctor or get the person to a doctor right away for difficulty breathing, hoarseness, wheezing, hives, swelling of the lips or tongue, fast heartbeat or dizziness.
- Write down what happened, the date and time it happened, and when vaccine was given.
- Ask your doctor, nurse or health department to file a Vaccine Adverse Event Report form, or call 1-800-822-7967 (toll free).
- Notify Prince George's County Health Department, Communicable Disease Control Program at 301-583-3750, TTY/STS Dial 711 for Maryland Relay.

If you want to learn more, ask your doctor or nurse. She/he can give you the vaccine package insert or suggest other sources of information.

Complete the questionnaire below, detach and keep the top part for your information.

Vaccine Administration Record For Influenza Vaccine 2011-2012

- **I have read or have had explained to me the information in this handout about influenza and influenza vaccine.**
- **I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction.**
- **I have reviewed and answered the questions on the front of this form accurately.**
- **I believe I understand the benefits and risks of influenza vaccine and ask that the vaccine be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request.**

Name of person to receive vaccine (last, first, middle initial)		Date of Birth	Age	P.G. County Health Dept. Clinic
Race Are you Hispanic or Latino? (Circle:) YES NO Select one of the following races. If you are multi-racial, check all that apply: <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____				Vaccine Manufacturer
				Vaccine Lot Number
Address (Number, Street, Apt. No.)				Injection Site
City	County	State	Zip Code	Date Administered
Signature of Person Receiving Vaccine/Person Authorized to Make the Request (Parent/Guardian)		Date of Signature		Vaccine Administrator Signature

Que Necesita Saber Antes de Recibir la Vacuna Influenza Estacional 2011-2012

¿Porqué Vacunarse?

Influenza (o "flu") es una infección viral de la nariz, garganta, tubos bronquiales y hasta puede afectar los pulmones. Flu en los Estados Unidos es más común de Noviembre a Abril. Puede causar fiebre, escalofríos, tos, dolor muscular, dolor de garganta y dolor de cabeza. Aunque algunas personas se enferman por unos cuantos días, otras empeoran y tienen que ser hospitalizadas. La Influenza causa miles de muertes cada año especialmente en los ancianos. La vacuna puede prevenir la Influenza.

Vacuna Influenza

Los virus que causan influenza cambian con frecuencia y por este motivo, hay que ponerla al día cada año. Se necesita una nueva inyección cada año. Esta vacuna es efectiva solamente contra enfermedades causadas por los virus de la influenza y no contra otras causas de fiebre y resfrios. La vacuna de este año contiene tipos de virus **como- A/California/7/2009 (H1N1), como- A/Perth/16/2009 (H3N2) y B/Brisbane/60/2008**. La protección comienza de 1 a 2 semanas después de vacunarse y puede durar hasta un año.

Nota. La vacuna inyectable contiene virus desactivados y muertos, de manera que no contraerá la influenza al ser vacunado. La vacuna intranasal contiene virus vivo atenuado y no se les da a personas con ciertas condiciones médicas. Y también no se les da a personas de ciertos grupos de edad.

¿Quiénes deberían recibir la vacuna influenza?

La vacuna para el flu es recomendada para todas las personas desde los 6 meses para arriba.

A los siguientes grupos especialmente se les recomienda recibir la vacuna:

- Personas de 50 años de edad o mayores.
- Niños de 6 meses a 59 meses de edad.
- Adultos y niños con problemas de salud por largo tiempo con enfermedades del corazón (excepto presión sanguínea alta), pulmones, riñones o hígado, desordenes neurológicos, anemia o algún otro desorden de la sangre, enfermedades metabólicas tales como diabetes, o asma.
- Personas que viven en lugares para tratamiento de enfermedades crónicas.
- Cualquier persona con el sistema inmune debilitado a causa de:
 - VIH/SIDA u otras enfermedades inmunológicas.
 - Tratamiento con drogas tales como esteroides por largo tiempo.
 - Tratamiento de cáncer con radiación o drogas.
- Mujeres que están embarazadas o planean estar embarazadas durante la temporada del flu.
- Proveedores de cuidado de salud o cualquiera que tenga contacto con personas con alto riesgo de contraer la influenza y complicaciones relacionadas.
- Niños y adolescentes (6 meses a 18 años) que están en terapia con aspirina por largo tiempo.
- Indios Americanos/nativos de Alaska.
- Personas que son extremadamente obesas (con un BMI {índice de Masa del Cuerpo} igual o mayor a 40).

Dosis

Una sola vacuna es necesaria cada temporada para personas de 9 años y mayores. Niños menores de 9 años de edad necesitarán 2 dosis, separadas por 4 semanas si:

Llene el cuestionario de abajo, sepárelo y guarde la parte de arriba para su información

Por favor conteste las siguientes preguntas:

Circule Pregunta:

- NO SI 1. ¿Está enfermo (a) hoy? Explique: _____
- NO SI 2. ¿Tiene fiebre? Explique: _____
- NO SI 3. ¿Es alérgico (a) al huevo o a sus derivados? Explique: _____
- NO SI 4. ¿Es alérgico (a) a algún medicamento (incluyendo Thimerosal, gentamicina)? Explique: _____
- NO SI 5. ¿Es sensitivo (a) o alérgico (a) a gelatina o arginina? Explique: _____
- NO SI 6. ¿Ha tenido alguna vez reacción a una vacuna? Explique: _____
- NO SI 7. ¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré? Explique: _____
- NO SI 8. ¿Es ésta su primera vacuna para el flu? Explique: _____

Para aquellos que piden LAIV (rocío nasal), también conteste:

- NO SI 9. ¿Es sensitivo (a) o alérgico (a) a gelatina, gentamicina o arginina? Explique: _____
- NO SI 10. ¿Alguna vez ha tenido una reacción seria a la vacuna influenza intranasal (FluMist) en el pasado?
- NO SI 11. ¿Es usted menor de 2 años o mayor de 49 años?
- NO SI 12. ¿Tiene algún problema de salud por mucho tiempo incluyendo: enfermedad del corazón, pulmones, asma, riñones, enfermedad neurológica o neuromuscular, del hígado, enfermedad metabólica (como diabetes), anemia u otro desorden sanguíneo? Explique: _____
- NO SI 13. Para niños de 2 a 4 años de edad: ¿Le ha dicho su proveedor de cuidado médico que su niño ha tenido silbidos en el pecho o asma en los 12 últimos meses?
- NO SI 14. ¿Tiene el sistema inmune debilitado a causa de VIH/SIDA u otra enfermedad que afecta el sistema inmune, tratamiento por largo tiempo con drogas como alta dosis de esteroides o tratamiento de cancer con radiación o drogas? Explique: _____
- NO SI 15. ¿Está recibiendo medicina antiviral?
- NO SI 16. Para niños y adolescentes: ¿Está recibiendo terapia con aspirina o con algo que contiene aspirina?
- NO SI 17. Para mujeres: ¿Está embarazada o podría embarazarse en los próximos 30 días?
- NO SI 18. ¿Vive usted o espera tener contacto cercano con alguna persona que tiene el sistema inmune severamente comprometido y que debe estar en aislamiento protegido (por ejemplo, en un cuarto de aislamiento en una unidad de trasplante de médula ósea)? Explique: _____
- NO SI 19. ¿Ha recibido alguna otra vacunación en las últimas 4 semanas?

- ésta es la primera vez que han recibido una vacuna
- ellos no recibieron por lo menos una dosis de vacunación contra el flu en la temporada del flu 2010- 2011, o
- historial de previa vacunación del flu no puede ser determinada.

¿Cuáles son los riesgos de la vacuna influenza?

La vacuna, como cualquier otra medicina, es capaz de causar problemas serios, tal como una reacción alérgica muy severa. El riesgo de que cause daños serios o muerte es muy pequeño. La mayoría de las personas que reciben esta vacuna no sufren problemas serios.

Si los siguientes síntomas leves o moderados ocurren, por lo general comienzan poco tiempo después de ponerse la vacuna y duran de 1 a 2 días:

- Dolor, piel rojiza o hinchazón donde le aplicaron la vacuna
- Ronquera o tos
- Ojos adoloridos, rojos o con picazón
- Fiebre y dolores
- Para aquellos que reciben la vacuna intranasal - nariz que gotea/congestión nasal

En 1976, la vacuna de flu porcina fue asociada con parálisis severa llamada Síndrome de Guillain Barré (GBS, por su siglas en Inglés). Desde entonces no ha sido asociado si esta vacuna esta claramente relacionada con GBS. De todas maneras, el riesgo existente es de 1 a 2 casos por cada millón de personas vacunadas. Es mas bajo que el riesgo de contraer influenza severa, la cual se puede prevenir con la vacuna.

Aplicación de otras vacunas al mismo tiempo

La vacuna influenza puede administrarse al mismo tiempo que la vacuna pneumococcal.

Dígale a su doctor o enfermera si la persona que recibe la vacuna:

- Es sensible a thimerosal o gelatina.
- Tiene seria reacción alérgica a los huevos.
- Ha tenido alguna vez una reacción seria u otro problema después de haber recibido la vacuna influenza
- Alguna vez ha estado paralizada debido al síndrome de Guillain -Barré.
- Está o cree estar embarazada.
- Sufre en la actualidad de infección respiratoria aguda o de alguna otra infección activa.

Que hacer en caso de una reacción seria

Una reacción que ponga la vida en peligro ocurre muy raramente y si sucede es después de unos cuantos minutos a unas cuantas horas después de haber recibido la vacuna.

- Llame al médico o lleve a la persona donde el médico inmediatamente si presenta problemas para respirar, ronquera, silbido del pecho, ronchas, inflamación en los labios o lengua, palpitaciones rápidas del corazón o mareo.
- Escriba lo que pasó, la fecha y la hora en que pasó y cuando le pusieron la vacuna.
- Pida a su médico, enfermera o representante del Departamento de Salud que llene un formulario acerca de lo sucedido llamado "Reacción adversa de vacuna" o llame al número 1- 800-822-7967 (llamada gratuita).
- Notifique al Departamento de Salud en el Condado de Prince George al Programa de Control de Enfermedades Contagiosas al 301-583-3750, TTY/STS marcar 711 para el repetidor en Maryland.

Si desea más información, pregunte a su médico o enfermera. Ella/Él se la proporcionará o sugerirá otras fuentes de información acerca de la vacuna.

Llene el cuestionario de abajo, sepárelo y guarde la parte de arriba para su información

Record de Administración de la Vacuna Influenza 2011-2012

- **He leído y me han explicado la información contenida en este folleto acerca de la influenza y la vacuna influenza.**
- **Tuve la oportunidad de hacer preguntas y fueron contestadas satisfactoriamente.**
- **He revisado y contestado las preguntas en el otro lado de este formulario con exactitud.**
- **Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna influenza y he pedido se me aplique o se aplique a la persona nombrada abajo para quien estoy autorizado a hacer este pedido.**

Nombre de persona a vacunarse (apellido, nombre)		Fecha de nacimiento	Edad	P.G. County Health Dept. Clinic
Raza ¿Es Ud. Hispano o Latino? SI ____ NO ____ Seleccione una de las siguientes razas. Si es mezclado marque todo lo que aplica: ____ India Americana ____ Negra/Afro-Americana ____ Blanca ____ Asiatica ____ Hawaiano/Isleño del Pacífico ____ Otro (especifique): _____				Vaccine Manufacturer
				Vaccine Lot Number
Dirección (número, nombre de calle y número de apartamento)				Injection Site
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	Date Administered
Firma de la persona vacunandose/Persona autorizada/ Guardián Legal		Fecha		Vaccine Administrator Signature