

Al Responsabile Centro Vaccinale

S'invia l'assistito/a:

Cognome Nome

nato/a il..... e residente in

Via..... per essere sottoposto/a a vaccinazione

antinfluenzale da virus A /H1N1 perché:

- Personale sanitario e/o socio sanitario**
- Donna al secondo o al terzo trimestre di gravidanza**
- Bambini tra 6 e 24 mesi nati pretermine**

Paziente a rischio per Patologia di età compresa tra > 6 mesi e 65 anni:

- malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, inclusa asma,
- displasia broncopolmonare, fibrosi cistica e BPCO;
- gravi malattie dell'apparato cardiocircolatorio, comprese le cardiopatie congenite ed acquisite;
- diabete mellito e altre malattie metaboliche;
- gravi epatopatie e cirrosi epatica;
- malattie renali con insufficienza renale;
- malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
- neoplasie;
- malattie congenite ed acquisite che comportino carente produzione di anticorpi;
- immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
- malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;
- patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie, ad esempio malattie neuromuscolari;
- obesità con Indice di massa corporea (BMI) > 30 e gravi patologie concomitanti;
- condizione di familiare o di contatto stretto di soggetti ad alto rischio che, per controindicazioni temporanee o permanenti, non possono essere vaccinati

- Donatore di sangue periodico**
- Soggetto trapiantato e/o da trapiantare**

Persona ritenuta essenziale per il mantenimento della continuità assistenziale e lavorativa:

- Personale delle forze di pubblica sicurezza e della protezione civile;
- Personale che assicura i servizi pubblici essenziali di cui alla legge 12 giugno 1990, n. 146, e successive modificazioni secondo piani di continuità predisposti dai datori di lavoro interessati, Specificare l'attività lavorativa:

- Altro**

Timbro e firma del medico

Data