

AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO

Dipartimento di Prevenzione

Servizio di Epidemiologia e Prevenzione

Registro di Vaccinazione Anti PNEUMOCOCCO

Distretto _____

Dr. _____

| CATEGORIE DI RISCHIO | | | | | |
|-----------------------------|---|----|--|----|---|
| 1 | Cardiopatie Croniche | 6 | Anemia falciforme e talassemia | 11 | Trapianti d'organo o di midollo |
| 2 | Malattie polmonari Croniche | 7 | Immunodeficienze congenite o acquisite | 12 | Immunosoppressione iatrogena clinicamente significativa |
| 3 | Cirrosi epatica, Epatopatie croniche evolutive da alcolismo | 8 | Asplenia anatomica o funzionale | 13 | Insufficienza renale cronica, Sindrome nefrosica |
| 4 | Diabete Mellito, in particolare se di difficile compenso | 9 | Leucemie, Linfomi, Mieloma multiplo | 14 | HIV positivi |
| 5 | Fistole liquorali | 10 | Neoplasie diffuse | 15 | Portatori di impianto cocleare |

REGISTRO DEI SOGGETTI A RISCHIO

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato informato dal mio Medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione anti PNEUMOCOCCO

ANNO _____

| N° | COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | SESSO | | CATEGORIA DI RISCHIO | STATO VACCINALE PREGRESSO | | | DATA SOMMINISTRAZIONE | TIPO DI VACCINO LOTTO E SCADENZA | FIRMA |
|----|----------------|-----------------|-------|---|----------------------|---------------------------|------|----|-----------------------|----------------------------------|-------|
| | | | | | | SI | | NO | | | |
| | | | | | | DATA | TIPO | | | | |
| 1 | | | M | F | | | | | | | |
| 2 | | | M | F | | | | | | | |
| 3 | | | M | F | | | | | | | |
| 4 | | | M | F | | | | | | | |
| 5 | | | M | F | | | | | | | |
| 6 | | | M | F | | | | | | | |
| 7 | | | M | F | | | | | | | |
| 8 | | | M | F | | | | | | | |
| 9 | | | M | F | | | | | | | |
| 10 | | | M | F | | | | | | | |

REGISTRO DEI SOGGETTI ADULTI DI ETA' SUPERIORE A 65 ANNI

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato informato dal mio Medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione anti PNEUMOCOCCO

ANNO _____

| N° | COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | SESSO | | STATO VACCINALE PREGRESSO | | | DATA SOMMINISTRAZIONE | TIPO DI VACCINO LOTTO E SCADENZA | FIRMA |
|----|----------------|-----------------|-------|---|---------------------------|------|----|-----------------------|----------------------------------|-------|
| | | | | | SI | | NO | | | |
| | | | | | DATA | TIPO | | | | |
| 1 | | | M | F | | | | | | |
| 2 | | | M | F | | | | | | |
| 3 | | | M | F | | | | | | |
| 4 | | | M | F | | | | | | |
| 5 | | | M | F | | | | | | |
| 6 | | | M | F | | | | | | |
| 7 | | | M | F | | | | | | |
| 8 | | | M | F | | | | | | |
| 9 | | | M | F | | | | | | |
| 10 | | | M | F | | | | | | |