

scheda invio pazienti dei MMG-PLS ai centri vaccinali

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI

Al Responsabile Centro Vaccinale

Comune di Via

S'invia l'assistito/a:

Cognome Nome

**nato ail..... , per essere sottoposto a
vaccinazione antinfluenzale da virus A /H1N1 perché:**

Paziente a rischio per:

_ Patologia*

_ Attività lavorativa: Specificare.....

_Altro

** Portatori di almeno una delle condizioni seguenti condizioni:
malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, inclusa asma, displasia broncopolmonare, fibrosi cistica e BPCO;
malattie dell'apparato cardiocircolatorio, comprese le cardiopatie congenite ed acquisite; diabete mellito e altre
malattie metaboliche; malattie renali con insufficienza renale; malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
neoplasie; gravi epatopatie e cirrosi epatica; 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.*