

Timbro del medico

### PRESCRIZIONE DI VACCINAZIONE ANTI-HPV

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### SI PRESCRIVE

Vaccino antipapilloma virus umano       Gardasil (SPMSD)       Cervarix (GSK)

I dose       II dose       III dose

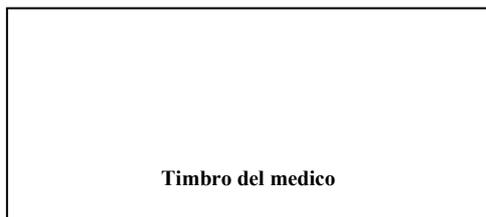
Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede  
Il medico

-----  
(firma)

#### Note:

- Il medico è tenuto a compilare il modello di prescrizione in tutte le sue parti a stampatello con grafia leggibile. L'eventuale omissione di una qualsiasi voce comporterà la non ammissibilità della prescrizione.
- Il farmacista è tenuto a trasmettere, entro il giorno 15 del mese successivo alla data riportata in calce, una copia del modulo al competente ufficio del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Sanitaria Locale.



COMUNICAZIONE DI ESECUZIONE DI VACCINAZIONE ANTI-HPV

Certifico di aver somministrato la

I dose                       II dose                       III dose

Vaccino antipapilloma virus umano                       Gardasil (SPMSD)                       Cervarix (GSK)

Lotto \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede  
Il medico

-----

(firma)

Nota:

Il medico è tenuto a compilare il modello in tutte le sue parti a stampatello con grafia leggibile e a trasmetterlo, entro il giorno 15 del mese successivo alla data riportata in calce, al competente ufficio del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Sanitaria Locale.