

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

DISTRETTO S. S. DI _____
 COMUNE DI _____

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____ dichiara di avere vaccinato i seguenti
 soggetti suddivisi per categoria e fascia di età:

Vaccinazione Anti-Influenzale - Campagna 2008/2009

Categoria	Totale
Soggetti di età pari o superiore a 65 anni	

Categorie	Codici	Classi di età in anni				Totale
		0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 64	
Bambini di età superiore a 6 mesi, ragazzi e adulti con condizioni morbose predisponenti alle complicanze	01					
Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.	02					
Donne che all'inizio della stagione epidemica saranno nel 2° o 3° trimestre di gravidanza	03					
Individui di qualunque età ricoverati presso strutture di lungodegenza	04					
Medici e Personale sanitario di assistenza	05					
Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio	06					
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo	07					
Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	08					
Altro	09					
Totale						

Vaccinazione anti-pneumococcica 2008/09

Età	Vaccinati		Totale
	Maschi	Femmine	
< 65 anni			
65 anni e più			
≥ 75 anni			
Totale			

N.B. I dati devono pervenire al Distretto entro il

