Azienda Sanitaria Locale LECCE - Area Nord	*Distretto Socio Sanitario di*	*Comune*	

Modello 1a

CAMPAGNA di VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE 2008 -09

Medico: *Cod.*

La firma apposta dall'assistito ha valore di dichiarazione di "CONSENSO INFORMATO" sui rischi/benefici della vaccinazione, nel merito dei quali ogni assistito è stato reso edotto dal proprio Medico curante

	Assistito				**Classi di età**					**nome del vaccino**					
	cognome e nome o codice fiscale	**data di nascita**	**sesso**	**categoria a rischio***	**0 - 4**	**5 - 14**	**15-24**	**25-64**	**≥65**	**vaxigrip adulti**	**fluad**	**inflexal V**	**vaxigrip bambini**	**data vaccinazione**	**Firma per avvenuta vaccinazione e consenso informato**
n°					barrare X nelle caselle corrispondenti					barrare					

***01:** Bambini di età superiore a 6 mesi, ragazzi e adulti con condizioni morbose predisponenti alle complicanze (come indicato in circolare)

***02:** Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.

***03:** Donne che all'inizio della stagione epidemica saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanz

***04:** Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenza

***05:** Medici e personale sanitario di assistenza

***06:** : Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio

***07:** Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo

***08:** Personale che per motivi di lavoro è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte d'infezione da virus influenzali non umani

***09:** altro

Firma del Medico

_____