Azienda Sanitaria Locale LECCE - Area Nord	*Distretto Socio Sanitario di*		Modello 1b

CAMPAGNA di VACCINAZIONE ANTI-PNEUMOCOCCICA (per gli anziani e i soggetti a rischio nell'ambito della campagna antinfluenzale 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**						
	cognome e nome o codice fiscale	**data di nascita**	**sesso**	**categoria a rischio***	**0 - 4**	**5 - 14**	**15-24**	**25-64**	**≥65**	**data vaccinazione**	**Firma per avvenuta vaccinazione e consenso informato**
n°					barrare X nelle caselle corrispondenti						

***01:** Bambini di età superiore a 6 mesi con condizioni morbose predisponenti alle complicanze

***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:** Bambini affetti da patologie neurologiche e neuromuscolari

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

***05:** Adulti affetti da patologie croniche

***06**: Altro

Firma del Medico

_____