



**ASL LECCE**  
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**Modello 2 a**

Distretto S. S. di \_\_\_\_\_  
P.O./ U.O. Igiene / M. comp \_\_\_\_\_  
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 2009/2010**

Categoria	Totale
<b>Soggetti di età pari o superiore a 65 anni</b>	

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	<b>01</b>					
Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.	<b>02</b>					
Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel 2° o 3° trimestre di gravidanza	<b>03</b>					
Individui di qualunque età ricoverati presso strutture di lungodegenza	<b>04</b>					
Medici e Personale sanitario di assistenza	<b>05</b>					
Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio	<b>06</b>					
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo	<b>07</b>					
Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	<b>08</b>					
Altro	<b>09</b>					
<b>Totale</b>						

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

Firma del Medico