

La scheda compilata deve essere inviata all'indirizzo e.mail:
malattie.infettive@ausl.fe.it

Dipartimento di Sanità Pubblica
Prevenzione e Controllo delle Malattie Trasmissibili

SCHEDA SEGNALAZIONE SOMMINISTRAZIONE VACCINO

Cognome _____

Nome _____

Nata/o il _____

ha effettuato in data _____ la vaccinazione:

(barrare la voce corrispondente)

TIPOLOGIA	NOME COMMERCIALE	LOTTO	SCADENZA LOTTO	PATOLOGIA (se presente)	FORNITO AUSL
<input type="checkbox"/> ANTI-TETANICA	<input type="checkbox"/> ANATETALL				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> IMOVAX TETANO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ANTI-DIFTO-TETANICA	<input type="checkbox"/> DIFTAVAX				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> DIFTETALL				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> DITANRIX				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ANTI-DIFTO-TETANO-PERTOSSE	<input type="checkbox"/> BOOSTRIX				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ANTI-MENINGO TETRAVALENTE CONIUGATA	<input type="checkbox"/> MENVEO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ANTI-MENINGO COCCICA B	<input type="checkbox"/> BEXSERO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ANTI-PNEUMO 13 VALENTE	<input type="checkbox"/> PREVENAR				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ANTI-PNEUMO 23 VALENTE	<input type="checkbox"/> PNEUMOVAX				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ANTI-EPATITE B ADIUVATO (per insufficienza renale)	<input type="checkbox"/> FENDRIX				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data, _____

Firma e timbro del Medico

Le dosi di vaccino possono essere richieste direttamente al Dipartimento di Sanità Pubblica inviando una e.mail a uno dei seguenti indirizzi:

Pocaterra Gloria - g.pocaterra@ausl.fe.it

Fedeli Franco - f.fedeli@ausl.fe.it

Bonfà Susanna - s.bonfà@ausl.fe.it

CALENDARIO VACCINALE REGIONE EMILIA ROMAGNA DGR. 427 del 05/04/2017

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/vaccinazioni/vaccinazioni-per-diverse-eta-e-condizioni>

Vaccino	0 gg-30 gg	3° mese (61° giorno)	4° mese (91° giorno)	5° mese (121° giorno)	6° mese (151° giorno)	7° mese (181° giorno)	11° mese	13° mese	14° mese	6 anni	12° anno	13 - 14 anni	65 anni	> 65 anni	Ogni 10 anni
DTPa (difterite tetano pertosse)		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa		dTpa			dTpa
IPV (poliomielite)		IPV		IPV			IPV			IPV					
HBV (epatite B)	(nati da madre HBsAg+) HBV +HBV	HBV		HBV			HBV								
Hib (haemophilus influenzae b)		Hib		Hib			Hib								
MPRV (morbilli, parotite, rosolia e varicella)								MPRV		MPRV					
PCV (pneumococco)		PCV		PCV			PCV						PCV		
Men B (meningococco B)			Men B		Men B	Men B			Men B						
Men Tetra (meningococco A,C, W e Y)								Men Tetra				Men Tetra			
Rotavirus		Rotavirus (solo bambini ad alto rischio)		Rotavirus (solo bambini ad alto rischio)											
HPV											HPV (2 dosi)				
Varicella												Varicella (2 dosi ai suscettibili)			
Influenza														Influenza	