Azienda USL Toscana nord ovest
Servizio Sanitario della Toscana

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CAMPAGNA 2018-2019

SCHEDA REGISTRO della Vaccinazione ANTINFLUENZALE

Medico: ……

N.	**Cognome e nome assistito**	**Età**	**Data somministrazione**	**Tipologia Vaccino** F=fluad Q=quadrivalente I=intradermico P=pneumococco	**Vit. D**	**Categoria da Flusso Ministeriale** *Inserire numero come sotto riportato

N.B. : devono essere indicate solo le persone vaccinate con dosi fornite dalla ATVNO - PISA

Data …….. **Firma del Medico ……**

*Categoria:
1 = Soggetti di età pari a superiore a 65 anni
2 = Soggetti di età compresa fra 6 mesi e 65 anni con condizioni di rischio (vedi paragrafo 3.2.2 Circolare Ministeriale)
3= Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico
4= Donne nel secondo e terzo trimestre di gravidanza
5= Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti
6= Medici e personale sanitario di assistenza
7= Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio
8= Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori
9= Personale che per motivi di lavoro è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani
10= Popolazione generale escluse le categorie a rischio sopra elencate