

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione

Registro di Vaccinazione Antinfluenzale

Distretto _____

Dr. _____

Campagna 2019-2020

CODICI CATEGORIE A RISCHIO

Da 2 a 10 : codici da inserire per le categorie a rischio con età superiore a 6 mesi ed inferiore a 65 anni

2	Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza:	5	Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti
a)	malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopneumotatia cronico-ostruttiva-BPCO)	6	Medici e personale sanitario di assistenza in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali
b)	malattie dell'apparato cardiocircolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite	7	Familiari e contatti (adulti e bambini) di soggetti ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che il soggetto a rischio sia stato o meno vaccinato)
c)	diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30)		
d)	insufficienza renale/surrenale cronica	8	Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori:
e)	malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie	a)	Forze di polizia
f)	tumori	b)	Vigili del fuoco
g)	malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV	c)	Altre categorie socialmente utili potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolati alla loro attività lavorativa
		9	Personale che per motivi di lavoro è a contatto con animali :
h)	malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali	a)	allevatori
i)	patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici	b)	addetti all'attività di allevamento
l)	patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari)	c)	addetti al trasporto di animali vivi
m)	epatopatie croniche	d)	macellatori e vaccinatori
3	Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale	e)	veterinari pubblici e libero-professionisti
4	Donne in gravidanza	10	Donatori di sangue

Bambini classe di età superiore a 6 mesi fino a 23 mesi

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale

Anno _____

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Cat. Risc.	Data di somminist.	Tipo di vaccino	Lotto e scadenza	Firma
1			M	F					
2			M	F					
3			M	F					
4			M	F					
5			M	F					
6			M	F					
7			M	F					
8			M	F					
9			M	F					
10			M	F					

Bambini classe di età 2-4 anni**CONSENSO INFORMATO****Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale**

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Cat. Risc.	Data di somminist.	Tipo di vaccino	Lotto e scadenza	Firma
			M	F					
1			M	F					
2			M	F					
3			M	F					
4			M	F					
5			M	F					
6			M	F					
7			M	F					
8			M	F					
9			M	F					
10			M	F					

Bambini classe di età 5-8 anni

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale

Anno _____

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Cat. Risc.	Data di somminist.	Tipo di vaccino	Lotto e scadenza	Firma
1			M	F					
2			M	F					
3			M	F					
4			M	F					
5			M	F					
6			M	F					
7			M	F					
8			M	F					
9			M	F					
10			M	F					

Bambini classe di età 9 - 14 anni**CONSENSO INFORMATO****Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale**

Anno _____

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Cat. Risc.	Data di somminist.	Tipo di vaccino	Lotto e scadenza	Firma
			M	F					
1			M	F					
2			M	F					
3			M	F					
4			M	F					
5			M	F					
6			M	F					
7			M	F					
8			M	F					
9			M	F					
10			M	F					

Adulti classe di età 15 - 17 anni

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale

Anno _____

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Cat. Risc.	Data di somminist.	Tipo di vaccino	Lotto e scadenza	Firma
1			M	F					
2			M	F					
3			M	F					
4			M	F					
5			M	F					
6			M	F					
7			M	F					
8			M	F					
9			M	F					
10			M	F					

Adulti classe di età 18 - 44 anni

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale

Anno _____

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso	Cat. Risc.	Data di somminist.	Tipo di vaccino	Lotto e scadenza	Firma
1			M F					
2			M F					
3			M F					
4			M F					
5			M F					
6			M F					
7			M F					
8			M F					
9			M F					
10			M F					

Adulti classe di età 45 - 64 anni**CONSENSO INFORMATO****Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale**

Anno _____

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Cat. Risc.	Data di somminist.	Tipo di vaccino	Lotto e scadenza	Firma
			M	F					
1			M	F					
2			M	F					
3			M	F					
4			M	F					
5			M	F					
6			M	F					
7			M	F					
8			M	F					
9			M	F					
10			M	F					

Registro dei soggetti di età pari o superiore a 65 anni**CONSENSO INFORMATO**

Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto a vaccinazione antinfluenzale

Anno _____

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Data di somminist.	Tipo di vaccino	Lotto e scadenza	Firma
			M	F				
1			M	F				
2			M	F				
3			M	F				
4			M	F				
5			M	F				
6			M	F				
7			M	F				
8			M	F				
9			M	F				
10			M	F				