


<div>S.C. Igiene e Sanità Pubblica</div> <div> ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale</div>	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria	<div>S.C. Igiene e Sanità Pubblica</div> <div>Direttore: Dr.ssa M. Valentina Marras</div>
--	---	---

MODULO DI RICHIESTA VACCINI ANTINFLUENZALI

Il/la Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, MMG/PLS della ASL5 di Oristano,
Distretto di _____ Tel.: _____ email: _____

N° Ordine dei Medici _____

Richiede i seguenti vaccini :

<i>Nome commerciale del vaccino</i>	N°Vaccini <i>RICHIESTI</i>	N°Vaccini <i>RITIRATI</i>
VAXIGRIP <i>-sommministrabile dai 6 MESI di vita</i>	N°: _____	N°: _____
FLUCELVAX TETRA <i>-sommministrabile dai 2 ai 60 ANNI</i> <i>- nella POPOLAZIONE FRAGILE (IMMUNODEPRESSI)</i>	N°: _____	N°: _____
FLUAD TETRA- <i>-sommministrabile da 65 ANNI in poi</i>	N°: _____	N°: _____
EFLUELDA <i>-sommministrabile da 80 ANNI -nella popolazione fragile</i> <i>(RSA, comunità integrate)</i>	N°: _____	N°: _____
PREVENAR 20 <i>-Antipneumococco</i>	N°: _____	N°: _____
SHINGRIX <i>-Anti Herpes Zoster (ciclo a 2 DOSI)</i>	N°: _____	N°: _____

Data richiesta ____/____/____

Firma e timbro del medico richiedente

RITIRO VACCINI	
Data ____/____/____	
Firma dell’ Assistente Sanitaria per consegna	Firma del Medico per ritiro
_____	_____