



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.bonfa@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
<b>DTPa</b> (difterite-tetano-pertosse)		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa		dTpa			
<b>IPV</b> (poliomielite)		IPV		IPV			IPV			IPV					
<b>HBV</b> (epatite B)	(nati da madre HBsAg+)	HBV		HBV			HBV								
<b>Hib</b> (Haemophilus influenzae b)		Hib		Hib			Hib								
<b>MPRV</b> (morbillo, parotite, rosolia e varicella)								MPRV		MPRV					
<b>PCV</b> (pneumococco)		PCV		PCV			PCV						PCV		
<b>Men B</b> (meningococco B)			Men B		Men B					Men B					
<b>Men Tetra</b> (meningococco A, C, W e Y)								Men Tetra				Men Tetra			
<b>Rotavirus</b>		Rotavirus (solo bambini ad alto rischio)		Rotavirus (solo bambini ad alto rischio)											
<b>HPV</b>											HPV (2 dosi)				
<b>Varicella</b>												Varicella (2 dosi ai suscettibili)			
<b>Influenza</b>														Influenza	