ALLEGATO 4 - *Scheda raccolta dati individuali [versione del 16 ottobre 2009]*

Codice Regione |__|__|__| Azienda Sanitaria _____

Ente Erogatore:

- ☐ Servizio Vaccinale
- ☐ Medico Medicina Generale
- ☐ Pediatra di libera scelta
- ☐ Altro Specificare

Codice Medico erogatore _____

Codice Fiscale assistito |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Sesso ☐ Maschio ☐ Femmina **Età** _____ (data nascita __/__/____)

ASL (residenza)_____ ASL (Domicilio)_____

Operatore sanitario	☐ **SI**	☐**NO**
Personale addetto a servizi essenziali	☐ **SI**	☐**NO**
Soggetti sani di età compresa fra 6 mesi e 17 anni	☐ **SI**	☐**NO**
Soggetti sani di età compresa fra 18 mesi e 27 anni	☐ **SI**	☐**NO**

Patologia cronica di Base (è possibile selezionare più di una patologia cronica)

- ☐ malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, inclusa asma, displasia broncopolmonare, fibrosi cistica e BPCO;
- ☐ gravi malattie dell'apparato cardiocircolatorio, comprese le cardiopatie congenite ed acquisite;
- ☐ diabete mellito e altre malattie metaboliche;
- ☐ malattie renali con insufficienza renale;
- ☐ gravi epatopatie e cirrosi epatica;
- ☐ malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
- ☐ neoplasie;
- ☐ malattie congenite ed acquisite che comportino carente produzione di anticorpi;
- ☐ immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
- ☐ malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;
- ☐ patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie, ad esempio malattie neuromuscolari;
- ☐ obesità con Indice di massa corporea (BMI) > 30 e gravi patologie concomitanti;
- ☐ condizione di familiare o di contatto stretto di soggetti ad alto rischio che, per controindicazioni temporanee o permanenti, non possono essere vaccinati.

Condizioni di rischio:

1 ☐ Donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza;

2 ☐ Donne che hanno partorito da meno di 6 mesi o, in loro assenza, la persona che assiste il bambino in materia continuativa;

3 ☐ Soggetti con meno di 24 mesi nati gravemente pretermine;

4 ☐ Bambini di età superiore a 6 mesi che frequentano l'asilo nido;

5 ☐ Minori che vivono in comunità o istituzionalizzati.

Se condizione di rischio 1: Indicare settimana di gestazione |__|__|

Se condizione di rischio 2: Indicare età in mesi del bambino |__|__|

Dose somministrata vaccino ☐ **1° dose** **Data 1° dose** **|__|__|__|__|__|__|__|__|**

☐ **2° dose** **Data 2° dose|__|__|__|__|__|__|__|__|**

Nome commerciale vaccino vaccino ☐ Focetria ☐ Altro, specificare _____

Numero Lotto _____

Sede inoculazione del Vaccino (braccio, gamba dx o sn) _____

Vaccino Influenzale stagionale (2009-2010) ☐ **SI** ☐ **NO**

Se SI, *indicare data somministrazione* **|__|__|__|__|__|__|__|__|**