FORMULARIO DE SOLICITUD

VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO B EN PERSONAS CON PATOLOGÍAS DE RIESGO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DEL PACIENTE | | | | |
| NOMBRE: | | | APELLIDOS: | |
| F. NAC.: | | N.H.C.: | | CENTRO DE SALUD: |
| GRUPO DE RIESGO (Marcar con una x los que correspondan) | | | | |
|  | Personas con déficit del sistema de complemento. | | | |
|  | Personas en tratamiento con ECULIZUMAB. | | | |
|  | Personas con asplenia o disfunción esplénica grave **(anemia de células falciformes)** y en aquellos con resección quirúrgica programada. | | | |
|  | Personas que han sufrido un episodio de EMI (Enfermedad Meningocócica Invasiva) | | | |
|  | Personal de laboratorio (técnicos de laboratorio y microbiólogos) que trabaje con muestras que potencialmente puedan contener *Neisseria meningitidis..* | | | |
|  | Trasplante de progenitores hematopoyéticos. | | | |
|  | Trasplante de progenitores hematopoyéticos. | | | |
|  | Vacunación de casos y contactos en brotes.  En estas situaciones las recomendaciones de actuación serán establecidas desde la Dirección General de Salud Pública y Consumo. | | | |
| Observaciones (Indicar aquí cualquier información relevante respecto a la historia clínica del paciente): | | | | |
| Remite documentación adjunta SI NO | | | | |
| PERSONAL SANITARIO SOLICITANTE | | | | |
| NOMBRE y APELLIDOS**:** | | | | |
| CENTRO DE SALUD: | | | FECHA: | |