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:       |