FORMULARIO DE SOLICITUD

VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA 15 SEROTIPOS (VAXNEUVANCE) EN PERSONAS HASTA 17 AÑOS DE EDAD CON PATOLOGÍAS DE RIESGO

|  |
| --- |
| DATOS DEL PACIENTE |
| NOMBRE:        | APELLIDOS:       |
| EDAD:        | NHC:       | CENTRO DE SALUD:       |
| GRUPOS DE RIESGO (Marcar con una x los que correspondan) |
| [ ]  | Enfermedades Pulmonares (incluido el asma grave con corticoides orales a dosis altas).Se incluyen enfermedades con riesgo de aspiración pulmonar (parálisis cerebral) |
| [ ]  | Enfermedades Cardiovasculares (incluida la insuficiencia cardiaca congestiva y las cardiomiopatías. Particularmente cardiopatías cianóticas congénitas). |
| [ ]  | Diabetes Mellitus |
| [ ]  | Enfermedad hepática crónica (incluida la cirrosis) |
| [ ]  | Enfermedad que produce pérdida de líquido cefalorraquídeo |
| [ ]  | Pacientes con implantes cocleares o susceptibles de recibirlo |
| [ ]  | Asplenia anatómica o funcional, o disfunción esplénica (incluidas las drepanocitosis, la esplenectomía y la enfermedad celiaca asociada a asplenia) |
| [ ]  | Infección por VIH |
| [ ]  | Inmunodeficiencia congénita (incluido Sd. Down; excluida enfermedad granulomatosa crónica) o adquirida |
| [ ]  | Insuficiencia renal, síndrome nefrótico, pacientes en hemodiálisis. |
| [ ]  | Enfermedades que requieran tratamiento inmunosupresor (incluyendo los corticosteroides sistémicos) o radioterápico: neoplasias malignas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos. |
| [ ]  | Antecedentes de padecimiento de enfermedad invasora por S pneumoniae, confirmado microbiológicamente |
| 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:       |