FORMULARIO DE SOLICITUD

VACUNACIÓN FRENTE A LA VARICELA

|  |
| --- |
| DATOS DEL PACIENTE |
| NOMBRE:       | APELLIDOS:      |
| EDAD:      | N.H.C.**:**       | CENTRO DE SALUD**:**       |
| GRUPO DE RIESGO (Marcar con una x los que correspondan) |
| [ ]  | Paciente con leucemia linfoblástica aguda. |
| [ ]  | Pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor. Incluida la terapia con corticosteroides, para tumores sólidos o malignos o para enfermedades crónicas graves (tales como insuficiencia renal crónica, enfermedades autoinmunes, colagenosis, asma bronquial grave). |
| [ ]  | Pacientes con un transplante programado de órgano. |
| [ ]  | Pacientes con enfermedades crónicas (tales como transtornos metabólicos y endocrinos, enfermedades pulmonares crónicas y cardiovasculares, mucoviscidosis y anomalías neuromusculares). |
| [ ]  | Personas en tratamiento crónico con ácido acetil salicílico. |
| [ ]  | Contactos próximos sanos (padres, hermanos, personal médico y paramédico y otras personas seronegativas que estén en contacto con pacientes de alto riesgo). \**En este caso, a partir de los 13 años, se exige como marcador, la serología* ***IgG*** *frente a Varicela* |
| \* **Serología IgG Negativa. Fecha realización:**      /     /      |
| 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:**       |