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:** |