FORMULARIO DE SOLICITUD

VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

EN PERSONAS CON CONDICIONES DE RIESGO

|  |
| --- |
| DATOS DEL PACIENTE |
| NOMBRE:       | APELLIDOS:      |
| EDAD:       | NHC:       | CENTRO DE SALUD:       |
| Grupo de Riesgo (Marcar con una x los que correspondan) |
| [ ]  | Mujeres que hayan recibido cualquier tratamiento de lesión epitelial de alto grado en cérvix (CIN2+)(cualquier edad). |
| [ ]  | Mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix (cualquier edad). |
| [ ]  | Mujeres con trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos (hasta los 45 años de edad). |
| [ ]  | Mujeres con inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (hasta los 45 años de edad). |
| [ ]  | Mujeres con enfermedades que requieran o puedan requerir tratamiento con fármacos inmunosupresores (hasta los 45 años de edad). |
| [ ]  | Infección por VIH (hasta los 45 años de edad). |
| [ ]  | Síndrome de WHIM (IDP) (hasta los 45 años de edad). |
| [ ]  | Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (cualquier edad). |
| [ ]  | Personas en situación de prostitución (cualquier edad). |
| [ ]  | Mujeres nacidas desde el 1 de enero de 1993, que no hayan sido inmunizadas previamente. |
| Observaciones (Indicar aquí cualquier información relevante respecto a la historia clínica del paciente):      |
| Remite documentación adjunta [ ] SI [ ] NO |
| PERSONAL SANITARIO SOLICITANTE |
| NOMBRE:       |
| CENTRO DE SALUD:       | FECHA:      |