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: |