

REGIONE CAMPANIA - ASL NAPOLI 3 SUD

CONSENSO INFORMATO

Essendo stato informato dal Mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale **ACCONSENTO** di essere sottoposto alla vaccinazione antipneumococcica

Anno 2025 - 2026

☐ Vaccino 20-valente - PREVENAR

☐ Vaccino 23-valente - PNEUMOVAX

Numero	Cognome e Nome	Data di nascita	Anni compiuti	Sesso		Data di somministrazione	Categoria a rischio (vedi legenda *)														Firma
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1				M	F																
2				M	F																
3				M	F																
4				M	F																
5				M	F																
6				M	F																
7				M	F																
8				M	F																
9				M	F																
0				M	F																
TOTALE																					

*** Legenda : segnare una X sul numero corrispondente alla categoria a rischio**

- 1 = asplenia e severe disfunzioni spleniche
2 = malattie renali croniche
3 = immunodeficienza (compreso infezione da HIV) e immunosoppressive
4 = cardiopatie croniche
5 = malattia polmonare cronica
6 = diabete
7 = malattie epatiche croniche
8 = malattie oncologiche
9 = emoglobinopatie
10 = trapianto d'organo o di midollo
11 = alcoolismo cronico
12 = perdite liquorali da traumi, interventi
13 = presenza di impianto cocleare
14 = età pari o superiore a 65 anni

Distretto Sanitario n° _____

Dr _____
(cognome e nome)

Firma _____