FORMULARIO DE SOLICITUD

VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA 20 SEROTIPOS (PREVENAR 20) EN PERSONAS CON PATOLOGÍAS DE RIESGO

|  |
| --- |
| DATOS DEL PACIENTE |
| NOMBRE:        | APELLIDOS:       |
| EDAD:       | N.H.C:       | CENTRO DE SALUD:       |
| GRUPOS DE RIESGO (Marcar con una X lo que corresponda) |
| [ ]  | Inmunodeficiencias humorales o celulares, deficiencias de complemento y trastornos de la fagocitosis (excepto la enfermedad granulomatosa crónica) |
| [ ]  | Leucemia, linfoma, mieloma múltiple y enfermedad de Hodking |
| [ ]  | Otras neoplasias |
| [ ]  | Infección por VIH |
| [ ]  | Insuficiencia renal crónica avanzada (estadios 4 y 5 de la National Kidney Foundation) y síndrome nefrótico |
| [ ]  | Tratamiento quimioterápico o inmunosupresor (incluidos aquellos con esteroides a dosis inmunosupresoras o con agentes biológicos) |
| [ ]  | Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) |
| [ ]  | Trasplante de órgano sólido |
| [ ]  | Asplenia anatómica o funcional, o disfunción esplénica (incluidas las drepanocitosis y otras hemoglobinopatías y la enfermedad celiaca asociada a asplenia) |
| [ ]  | Fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) |
| [ ]  | Portadores de implantes cocleares |
| [ ]  | Enfermedad hepática crónica (incluida la cirrosis) |
| [ ]  | Antecedentes de padecimiento de enfermedad invasora por *S. pneumoniae* confirmada |
| [ ]  | Fibrosis quística |
| [ ]  | Patología pulmonar persistente confirmada tras COVID-19 |
| [ ]  | Personas que ingresen por primera vez en una residencia de personas mayores |
| [ ]  | Enfermedad cardiovascular crónica (no vacunado previamente frente a neumococo) |
| [ ]  | Enfermedad pulmonar crónica (no vacunado previamente frente a neumococo) |
| [ ]  | Diabetes mellitus (no vacunado previamente frente a neumococo) |
| [ ]  | Alcoholismo (no vacunado previamente frente a neumococo) |
| 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:       |