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: |