FORMULARIO DE SOLICITUD

VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA 15 SEROTIPOS (VAXNEUVANCE) EN PERSONAS HASTA 17 AÑOS DE EDAD CON PATOLOGÍAS DE RIESGO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DEL PACIENTE | | | | | |
| NOMBRE: | | | APELLIDOS: | | |
| EDAD: | | NHC: | | CENTRO DE SALUD: | |
| GRUPOS DE RIESGO (Marcar con una x los que correspondan) | | | | | |
|  | Enfermedades Pulmonares (incluido el asma grave con corticoides orales a dosis altas).  Se incluyen enfermedades con riesgo de aspiración pulmonar (parálisis cerebral) | | | | |
|  | Enfermedades Cardiovasculares (incluida la insuficiencia cardiaca congestiva y las cardiomiopatías. Particularmente cardiopatías cianóticas congénitas). | | | | |
|  | Diabetes Mellitus | | | | |
|  | Enfermedad hepática crónica (incluida la cirrosis) | | | | |
|  | Enfermedad que produce pérdida de líquido cefalorraquídeo | | | | |
|  | Pacientes con implantes cocleares o susceptibles de recibirlo | | | | |
|  | Asplenia anatómica o funcional, o disfunción esplénica (incluidas las drepanocitosis, la esplenectomía y la enfermedad celiaca asociada a asplenia) | | | | |
|  | Infección por VIH | | | | |
|  | Inmunodeficiencia congénita (incluido Sd. Down; excluida enfermedad granulomatosa crónica) o adquirida | | | | |
|  | Insuficiencia renal, síndrome nefrótico, pacientes en hemodiálisis. | | | | |
|  | Enfermedades que requieran tratamiento inmunosupresor (incluyendo los corticosteroides sistémicos) o radioterápico: neoplasias malignas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos. | | | | |
|  | Antecedentes de padecimiento de enfermedad invasora por S pneumoniae, confirmado microbiológicamente | | | | |
| 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: |