***Regione Siciliana - A.S.P. PALERMO*** **Allegato B (soggetti con età > 65 anni)**

**Campagna di vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica 2022-2023**

**Pazienti vaccinati dal Dott.** **C.R.** **Distretto**

| Paziente | Data di nascita | Vaccinazione Antinfluenzale* *A=Adiuvato QS=Quadrivalente Standard QHD=Quadrivalente ad alto dosaggio CC=Coltura cellulare IN= Intranasale* | Vaccinazione Anti PNM *23=Pneumovax 20=Apexxnar 13=Prevenar* | Vaccinazione Anti Herpes Zoster | Vaccinazione Anti dTpa | Data vaccinazione | Firma paziente - anche per consenso informato (Modulo con informazioni fornito a parte) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**Data** *A=Fluad; QS=Vaxigrip/Fluarix; QHD=Efluelda; CC=Flucelvax; IN=Fluenz **Timbro e Firma**