Spett.le DSS…. ASL BA

 Pec mail ………….

Richiesta Fabbisogno Vaccini per Herpes Zoster, per antipneumococcica 23 valente (Pneumovax) e 13 valente (Prevenar 13):

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome del MMG richiedente |  |
| Comune di ubicazione studio medico |  |
| Numero cellulare del MMG richiedente |  |
| Indirizzo mail del MMG richiedente |  |
| Numero dosi vaccini per Herpes Zoster:coorte 1952 e 1953 e pz >50 aa a rischio (diabete mellito, malattie cardiovascolari, BPCO e destinati a terapia immunosoppressiva) | Totali dosi richieste:  |
| Numero dosi vaccini Pneumovax (23 valente):coorte 1952 e 1953 e pz con fattori di rischio già vaccinati con Prevenar 13 secondo schema della sequenziale | Totali dosi richieste:  |
| Numero dosi vaccini Prevenar 13 |  |

Distinti Saluti

Bari data: ……/…../………. Timbro del MMG richiedente o codice Regionale

 Firma del MMG richiedente