

Mod. 1

**INFORMAZIONI OPERATIVE DA PARTE DEL MMG
(DA CONSEGNARE ENTRO IL 20 ottobre 2019)**

UFFICIO IGIENE DI _____

epc **UOC CURE PRIMARIE ASP POTENZA**

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale

Dott./Dott.ssa _____
(nome e cognome in stampatello)

N° codice regionale _____

Dichiara di essere in possesso dei requisiti tecnici per il corretto mantenimento della catena del freddo, nelle fasi di trasporto e stoccaggio, per la conservazione dei vaccini, **nonché di contratto con ditta autorizzata per lo smaltimento dei rifiuti speciali**

Richiede contestualmente:

a) la fornitura di:

n. _____ dosi di vaccino anti-influenzale adiuvato con MF59; *si rimanda alla pag. 9 Tabella 2 della Circolare Antinfluenzale 2019/2020.* *

n. _____ dosi di vaccino anti-influenzale tetravalente utilizzabile a partire da 6 mesi di età.

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico 13;

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico 23;

b) che si impegna **ad inserire i dati delle vaccinazioni sulla piattaforma informatica dedicata.**

***Dato il peso della malattia antinfluenzale da virus A (H3N2) nei grandi anziani, (75+) e l'evidenza di una migliore efficacia in questo gruppo di età, si prevede che, in questa categoria, la formulazione adiuvata con MF59 del vaccino TIV, dovrebbe fornire una protezione superiore rispetto al vaccino non adiuvato quadrivalente.**

Data _____

Firma del medico
