



U.O.

Anno

Cartella Clinica

Richiesta vaccinazione in ambiente protetto

Caro Collega,

invio in ospedale il/la paziente _____

Nato a _____, il _____

Residente _____, via _____

Telefono _____

per eseguire, in ambiente protetto, le seguenti vaccinazioni:

1) _____

2) _____

3) _____

Poiché ha presentato: (descrizione della reazione avversa al vaccino)

Tipologia del vaccino

_____ li _____

Dott. _____

Recapito telefonico: _____