



CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2017-2018

IN OSSERVANZA DEL DECRETO ASSESSORIALE N° 73155 DEL 20/09/2017, CHE PREVEDE CHE L'OFFERTA ATTIVA DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE, A TUTTI I SOGGETTI RICOVERATI PRESSO I PRESIDII OSPEDALIERI E LE CASE DI CURA PRIVATE OPERANTI NEL TERRITORIO DELL' ASP DI AGRIGENTO

IL SOTTOSCRITTO DOTT. _____ U.O. _____

PRESIDIO OSPEDALIERO DI _____

DICHIARA DI AVER SOMMINISTRATO IN DATA _____ IL VACCINO ANTINFLUENZALE
_____ LOTTO _____

AL SIGNOR/A _____ NATO/A IL _____

A _____ RESIDENTE A _____

Data.....

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'UTENTE

IL SOTTOSCRITTO DOTT. _____ U.O. _____

PRESIDIO OSPEDALIERO DI _____

DICHIARA DI AVER CONSIGLIATO, ALLA DIMISSIONE, AL SIGNOR/A _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTINFLUENZALE, PRESSO L'AMBULATORIO DEL PROPRIO MEDICO DI FIDUCIA, PER TUTTO IL PERIODO DELLA CAMPAGNA ANTINFLUENZALE CHE VA DAL 23 OTTOBRE AL 28 FEBBRAIO 2018.

Data.....

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'UTENTE

ATTESTAZIONE DA INSERIRE IN TUTTE LE SCHEDE DI DIMISSIONI