



AZIENDA SANITARIA LOCALE 5 SPEZZINO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURA COMPLESSA IGIENE PUBBLICA
La Spezia - Via Fiume 137
Tel 0187534551 Fax 0187534552
Email: medicina.viaggi@asl5.liguria.it

Programma di Vaccinazioni raccomandate

Oggetto: Piano Regionale delle Vaccinazioni . Calendario previsto per il 14° anno di età (richiami per Tetano, Difterite e Pertosse; vaccinazione contro il Morbillo, la Parotite e la Rosolia; vaccinazione contro il meningococco tipo C o ACWY; vaccinazione contro la Varicella)

Ai Genitori di

- SP

Cari Genitori, Vi informiamo che il **Piano Regionale delle Vaccinazioni** prevede per Vostro/a figlio/a (ovvero per coloro che si trovano nel corso del 14° anno di età) la **raccomandazione** ad effettuare, **tramite offerta attiva e gratuita** da parte delle ASL:

- 1) il richiamo (detto rinforzo) della vaccinazione contro la **DIFTERITE**, il **TETANO**, la **PERTOSSE (D.T.P)** e la **POLIOMIELITE**;
- 2) la vaccinazione contro il **MENINGOCOCCO C o ACWY**;
- 3) la vaccinazione contro **MORBILLO, PAROTITE, ROSOLIA** per coloro che non avessero iniziato il ciclo (2 dosi) o completato la 2° dose di richiamo; non sono interessati a questa vaccinazione i soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale delle due dosi previste.
- 4) la vaccinazione contro la **VARICELLA** per coloro che non l'avessero ancora contratta o che non siano stati vaccinati.

Queste malattie, le cui complicanze possono essere temibili, sono prevenibili con vaccini efficaci e sicuri, come più dettagliatamente descritto nelle lettere di consenso allegate.

Ognuna delle quattro vaccinazioni suddette consiste nella somministrazione intramuscolare di preparati in forma associata (una fiala per difterite-tetano-pertosse, una fiala per morbillo-parotite-rosolia) o singola (una fiala per meningococco C o ACWY, una fiala per Varicella).

Poiché nella stessa seduta possono essere somministrate contemporaneamente, senza alcuna controindicazione, due delle predette vaccinazioni, si fa presente che verranno praticate nell'ordine le seguenti vaccinazioni:

1. **rinforzo per DIFTERITE, TETANO, PERTOSSE, POLIOMIELITE (D.T.P.+ POLIO)**
2. nel caso l'adolescente non abbia ancora praticato il vaccino contro **MORBILLO, PAROTITE e ROSOLIA** o ne abbia effettuato solo una dose, si procederà prima ad offrire questa vaccinazione contemporaneamente a quella per D.T.P.+ P. e solo in un secondo tempo verrà offerta la vaccinazione contro il **MENINGOCOCCO C o ACWY** (la cui data verrà concordata al momento dell'accesso) e la **VARICELLA**;
3. nel caso l'adolescente abbia già completato il ciclo vaccinale con due dosi di vaccino contro **MORBILLO, PAROTITE e ROSOLIA**, verrà offerta contemporaneamente la vaccinazione contro il **MENINGOCOCCO C o ACWY**;
4. il vaccino anti-**VARICELLA**.

Vi invitiamo pertanto ad accompagnare Vostro/a figlio/a (o inviarlo accompagnato da parente debitamente informato sulle condizioni di salute del minore e munito di Vostra **delega scritta**) **con il libretto o i certificati delle vaccinazioni in Vostro possesso e con le lettere di consenso debitamente firmate** presso:

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - VIA

il giorno alle ore

Lo stato vaccinale è stato preventivamente controllato presso le anagrafi vaccinali di questa ASL; tuttavia, essendo possibile che alcune vaccinazioni non siano state ancora rese note alla scrivente Struttura Complessa, Vi preghiamo di far pervenire gli eventuali certificati vaccinali non ancora registrati il giorno della vaccinazione. Vi ricordiamo che non è necessario essere a digiuno per effettuare le vaccinazioni.

Per ogni ulteriore informazione Vi preghiamo di rivolgerVi **dal Lunedì al Venerdì ore 8,30 – 12,30** alle **Infermiere Professionali Sig.re tel .**

Distinti saluti

Il Direttore della Struttura Complessa
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Dott. Francesco Maddalo



AZIENDA SANITARIA LOCALE 5 SPEZZINO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURA COMPLESSA IGIENE PUBBLICA
La Spezia - Via Fiume 137
Tel 0187534551 Fax 0187534552
Email: medicina.viaggi@asl5.liguria.it

**Programma di
Vaccinazioni raccomandate**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A A.....IL.....

RESIDENTE A.....VIA.....

DELEGA

IL/LA SIGNOR/ANATO/A A.....

RESIDENTE A.....VIA.....

AD ACCOMPAGNARE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

NATO/A A IL

PER EFFETTUARE LA/LE SEGUENTE/I VACCINAZIONE/I.....

.....

.....

COME DA CONSENSO INFORMATO GIA 'ESPRESSO NEL MODULO ALLEGATO.

LO/LA SCRIVENTE DICHIARA ALTRESI' CHE LA PERSONA DELEGATA E' DEBITAMENTE INFORMATO SULLO STATO DI SALUTE ATTUALE E PREGRESSO DEL MINORE.

SI ALLEGANO LE COPIE DEI DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.

Data.....

FIRMA.....