

MODELO DE INFORME MÉDICO PARA VACUNACIÓN DE PERSONAS PERTENECIENTES A MUTUALIDADES

D/D^a _____ licenciado/a en Medicina y Cirugía, con NIF nº _____

colegiado en la provincia de _____ con número de colegiado _____

PRESCRIBE LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA FRENTE A GRIPE A H1N1 a :

D/D^a _____ asegurado/a en:

MUGEJU MUFACE ISFAS ISM

Por pertenecer al grupo de riesgo que se señala a continuación:

- Mujeres embarazadas
- Enfermedades cardiovasculares crónicas (excluyendo la hipertensión)
- Enfermedades respiratorias crónicas (incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma moderada-grave persistente)
- Diabetes mellitus tipo I y tipo II con tratamiento farmacológico
- Insuficiencia renal moderada-grave
- Hemoglobinopatías y anemias moderadas-graves
- Asplenia
- Enfermedad hepática crónica avanzada
- Pacientes con inmunosupresión (incluida la originada por infección por VIH o por fármacos o en los receptores de trasplantes)
- Niños/as y adolescentes, menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye
- Obesidad mórbida (índice de masa corporal igual o superior a 40)
- Enfermedades neuromusculares graves

Sello y firma

Fdo en _____ a _____ de _____ de _____