



**MODULO RICHIESTA VACCINI  
(Pazienti Splenectomizzati)**

**Alla U.O.C. FARMACIA**

**Data.....U.O. Richiedente.....**

Si certifica che il/la paziente.....C.F. ....

Residente a.....in via.....necessita delle seguenti  
vaccinazioni:

**A)Vaccinazione ANTI-PNEUMOCOCCICA** con Vaccino.....  
Lotto.....Quantità.....

**B) Vaccinazione ANTI-MENINGOCOCCICA** con Vaccino.....  
Lotto.....Quantità.....

**C) Vaccinazione ANTI-HAEMOPHILUS INFLUENZAE** con Vaccino.....  
Lotto.....Quantità.....

Tali vaccinazioni sono state effettuate in considerazione dell'aumentato rischio di sepsi o meningite da pneumococchi, meningococchi ed haemophilus influenzae nei pazienti splenectomizzati.

**Timbro e Firma del Dirigente Medico**