

ALLEGATO B**ADDENDUM SPECIFICO PER IDENTIFICAZIONE CONVIVENTI DI PERSONE ESTREMAMENTE VULNERABILI O CONVIVENTI E CAREGIVER DI DISABILI GRAVI GIÀ VACCINATI O CHE HANNO ESPRESSO LA VOLONTA' DI NON VACCINARSI**

La compilazione della presente scheda ha il fine di individuare i conviventi di persone estremamente vulnerabili o conviventi e caregiver di disabili gravi già vaccinati o che hanno espresso la volontà di non vaccinarsi.

La presente scheda dovrà essere consegnata al momento della vaccinazione.

La sussistenza della motivazione clinica a sostegno dell'appartenenza a tale categoria di persone estremamente vulnerabili della persona convivente o assistita potrà essere verificata su specifica documentazione che il vaccinando avrà cura di portare con sé.

Nel caso di dubbi per la compilazione, ovvero in particolare per l'individuazione della certa appartenenza ad una delle categorie sottoindicate, può far riferimento al medico di fiducia o al centro di riferimento per la patologia specifica.

La preghiamo di considerare ciascuna delle condizioni di patologia della tabella di seguito, identificando le condizioni cliniche specifiche dalle quali il CONVIVENTE/ASSISTITO risulta affetto mettendo una crocetta in corrispondenza del SI.

AREA DI PATOLOGIA	DEFINIZIONE	CODICE	SI
Malattie neurologiche	Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive	CFC1	
Malattie autoimmuni-immunodeficienze primitive	Pazienti con grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza	CFC2	
	Pazienti con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico	CFC3	
Patologia oncologica	Pazienti oncologici e onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure	CFC4	

CONDIZIONE	DEFINIZIONE	CODICE	SI
Disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica)	Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3	D1	

Nome convivente/assistito:

Cognome convivente/assistito:

Codice fiscale assistito:

Dichiaro di essere stato vaccinato il giorno ___ / ___ / _____ presso _____

Dichiaro di non volersi vaccinare

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

Elenco dei conviventi di persone a elevata fragilità per le patologie CFC1, CFC2, CFC3, CFC4:

Nome	Cognome	Data di nascita	Codice fiscale	Cellulare o telefono	Firma

