

Vaccinazione COVID-19 Certificazione di persona a contatto con **persona immunodepressa**

Persona immunodepressa in cura dal medico sottoscritto:

Cognome	Nome	Data di nascita
.....

Persona a stretto contatto con la persona immunodepressa:

Cognome	Nome	Data di nascita
.....

Relazione con la persona immunodepressa

.....

Ho preso atto che la strategia vaccinale prevede la vaccinazione prioritaria delle persone a stretto contatto con una persona immunodepressa (anche se vaccinata).

Con la presente confermo che la persona immunodepressa in questione è in mia cura. Certifico inoltre che la persona sopramenzionata abita nella stessa economia domestica del/la mio/a paziente (es. coniuge, partner, membro della famiglia, colodcatario) o vi si reca con regolarità come familiare curante o come personale di assistenza, per cui qualifica per un accesso prioritario al vaccino.

Luogo, data: Firma e timbro medico:.....

Immunodeficienza significativa:

- su malattie congenite o acquisite
- su terapia immunosoppressiva

- neoplasie ematologiche maligne
- malattie tumorali con terapia in corso
- malattie infiammatorie auto-immuni (per es. lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, psoriasi, malattie infiammatorie intestinali croniche, sclerosi multipla) che richiedono una terapia immuno-soppressiva (incluso prednisone-equivalente > 20 mg/die, farmaci risparmiatori di steroidi (azatioprina, metotrexato, ecc.), farmaci "biologici")
- malattia HIV con CD4 < 200 cellule / µl
- trapianti di organi solidi, di midollo o di cellule staminali