

## **Certificato medico per una dose di vaccino COVID-19 in primavera/estate 2023 (da consegnare al paziente)**

Dal 1° maggio le vaccinazioni potranno essere effettuate **solo su prescrizione medica** presso le farmacie e gli studi medici che la offrono (lista consultabile sul sito [www.ti.ch/vaccinazione](http://www.ti.ch/vaccinazione)). Nel caso di pazienti immunodepressi gravi mai vaccinati prima (immunizzazione di base) la vaccinazione è possibile solo presso gli studi medici (non in farmacia) utilizzando i vaccini bivalenti (*off label*).

Per una vaccinazione da effettuare per motivi di viaggio, conformemente alla Info-medici Coronavirus N° 65 del 6.4.23, consegnare il certificato al paziente e invitarlo a prendere un appuntamento presso il Servizio di medicina da viaggio dell'Ospedale Civico di Lugano (091 811 60 21).

### **Concerne:**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

### **Motivo della vaccinazione:**

- indicazione medica per persona particolarmente a rischio (studio medico o farmacia)
- vaccinazione per motivi di viaggio, a pagamento (medicina da viaggio del Civico)
- paziente con immunodepressione grave mai vaccinato prima (solo presso studio medico)

## **Certificato medico**

Con il presente certificato che il paziente summenzionato necessita di una vaccinazione come da *Raccomandazione di vaccinazione anti-COVID-19 per la primavera/estate 2023*. Nel rispetto dell'intervallo minimo raccomandato, certifico che negli ultimi 6 mesi non ho documentato un'infezione da SARS-CoV-2 e che l'ultima dose ricevuta risale ad almeno 6 mesi.

Io medico sottoscritto confermo di aver discusso con il paziente su rischi e benefici di una somministrazione di **una dose di vaccino a mRNA bivalente** omologato in Svizzera.

Dopo discussione col paziente e appurato il suo consenso, chiedo la somministrazione di:

- una dose di vaccino Spikevax bivalente **50** µg (Moderna), 0.5 ml\*
- una dose di vaccino Comirnaty bivalente **30** µg (Pfizer), 0.3 ml

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico: \_\_\_\_\_

\* Alle persone < 30 anni è raccomandato di preferenza Comirnaty®