**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:

* Dichiara di essere stato vaccinato il giorno \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dichiara 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  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Elenco dei conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto per la condizione D1 :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Data di nascita | Codice fiscale | Cellulare o telefono | Firma  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |