

CAMPAÑA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL  
2018/2019

Nº colegiada/o  Nº SOE Farmacia (5 dígitos)

| PACIENTES |      |      | GRUPO DE RIESGO (A)<br>GRUPO POTENCIAL DE TRANSMITIR LA ENFERMEDAD (B) | ¿SE HA VACUNADO OTROS AÑOS? (C)             | ¿SE HA VACUNADO ESTE AÑO? (D)   | MOTIVO POR EL QUE NO DESEA VACUNARSE (E) | SUGERENCIAS MEJORAR VACUNACIÓN |
|-----------|------|------|--|---|---|--|--------------------------------|
| FECHA     | EDAD | SEXO | CÓDIGO O DESCRIPCIÓN   | SÍ, en Centro de Salud<br>SÍ, privado<br>No | SÍ<br>NO por indicación médica<br>NO (pedir cita y si rechaza contestar apartado E) → | CITA<br>SÍ/NO                            | CÓDIGO                         |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |
|           |      |      |  |   |   |  |                                |

- COD A. GRUPOS DE ALTO RIESGO DE SUFRIR COMPLICACIONES**
- 1 Mayores de 60 años
  - 2 Embarazadas
  - 3 Niños (>6 meses) y adolescentes (<18 años) con tratamiento prolongado AAS
  - 4 Obesidad mórbida (IMC>40 adultos; >35 adolescentes y >3DS niños)
  - 5 Inmunodeficiencias (VIH, trasplantes...). Asplenia
  - 6 Enfermedades Crónicas (Cardiovascular, neurológica, pulmonar, sanguínea, hepática, insuficiencia renal, metabólica)
  - 7 Enfermedades neuromusculares graves
  - 8 Implante coclear o en espera del mismo
  - 9 Disfunción cognitiva
- COD B. GRUPOS POTENCIALES DE TRANSMITIR LA ENFERMEDAD A PERSONAS DE ALTO RIESGO**
- 10 Personal sanitario
  - 11 Trabajadores en Instituciones geriátricas o centros de enfermos crónicos
  - 12 Estudiantes en prácticas en centros sociosanitarios
  - 13 Asistentes domiciliarios y convivientes de personas incluidas en grupos de riesgo
  - 14 Viajeros con factores de riesgo
  - 15 Trabajadores de servicios esenciales para la comunidad (bomberos, policías, trabajadores de transporte público...)

- E. Motivo por el que NO desea vacunarse (marcar sólo uno)**
- 1 Falta de tiempo
  - 2 Desconocimiento
  - 3 Miedo a la vacunación
  - 4 Preocupación por los efectos adversos
  - 5 Ha padecido gripe tras una vacunación previa
  - 6 Desconfianza. La vacuna no es efectiva
  - 7 Oposición a las vacunas.
  - 8 Hablarán con su médico
  - 9 Enfermedad aguda con fiebre alta
  - 10 Niños menores de 6 meses
  - 11 Alergia
  - 12 Otro