



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

FICHA DE INDICACION DE VACUNA ANTIGRI PAL

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido y Nombre:		Tipo y N° de Doc.:	Sexo: M F
Fecha Nac.:/...../..... Edad: (Día Mes Año)		Historia Clínica N°:	
Provincia:	Localidad:	Calle:	
Número:	Piso:	Dpto:	Teléfono:
Centro de Salud de Referencia:			
INFORMACION CLINICA			
Fecha Solicitud:/...../.....		Fecha Auditoría:/...../.....	
Nombre del Médico Solicitante:		TEL Médico Solicitante:	
ANTECEDENTES DE FACTORES DE RIESGO			
Enfermedad Respiratoria	Tratamiento Actual	Enfermedades Cardíacas	Tratamiento Actual
EPOC		Insuficiencia Cardíacas	
ASMA Moderado		Reemplazo Valvular	
ASMA Grave		Valvulopatía Documentada (Tipo)	
Bronquietasia		Cardiopatía Congénitas (Tipo)	
Traqueostomizados		Síndrome genético, Enfermedad Neuromuscular con compromiso respiratorio	
Displasia broncopulmonar		Secuelas Neurológicas	
Fibrosis Quística			
Oncohematológicos Transplantados			
Tumor de órgano sólido en tratamiento			
Enfermedad oncohematológica (hasta los 6 meses posterior a la remisión completa)			
Transplantado órgano sólido/médula ósea			



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

Inmunodeficiencias congénitas/adquiridas			
	Droga	Dosis	Tiempo Tratamiento
Medicación Inmunosupresora o corticoide en alta dosis			
Infección por VIH	Tratamiento Actual		
Asplenia			
Desnutrición Grave			
Otros			
	Peso	Talla	IMC
Obesidad Mórbida			
	Tratamiento Actual		
Diabéticos			
Paciente en Diálisis o Insuficiencia Renal Crónica con clearance <20			