

Vaccinazione COVID-19 Certificazione di malattia ad alto rischio* da parte del medico curante

Cognome

Nome

Data di nascita

.....
(ev. etichetta paziente)

Con la presente certifico che la persona a margine riempie i criteri sottoelencati per la vaccinazione COVID-19

Paziente di età <75 anni con i seguenti fattori di rischio o malattie:

*UFSP/CFV. *Recommandations de vaccination avec des vaccins à ARNm contre le COVID-19 (état 10.02.2021)*. Tabella 2

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Malattie cardiache | - insufficienza cardiaca a partire da NYHA II
- ischemia coronarica cronica sintomatica malgrado terapia |
| <input type="radio"/> Ipertensione arteriosa | - ipertensione refrattaria a terapia (>160 mmHg)
- ipertensione con cardiomiopatia ipertensiva o complicazioni agli organi bersaglio |
| <input type="radio"/> Malattie respiratorie | - BPCO a partire da GOLD II
- enfisema / bronchiectasia severa
- pneumopatia interstiziale / fibrosi polmonare
- malattie con riduzione severa della capacità polmonare |
| <input type="radio"/> Malattie epatiche | - cirrosi epatica con antecedenti di scompenso |
| <input type="radio"/> Malattie renali | - insufficienza renale grave con GFR <30 ml/min |
| <input type="radio"/> Diabete mellito | - DM tipo 1 o 2 con danno d'organo significativo
- DM mal controllato (HbA1c ≥ 8%) |
| <input type="radio"/> Adiposità | - adulti con BMI ≥ 35 kg/m ² |
| <input type="radio"/> Trisomia 21 | - adulti (da 18 anni) con trisomia 21 |
| <input type="radio"/> 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 |

Ø p.f. crociare il fattore di rischio/malattia corrispondente.

Luogo, data: Firma / timbro del medico: