

FRONTE

ALTRE VACCINAZIONI / other immunisation			
Dose	Genere	Data di vaccinazione	Firma e timbro
Type		Date of vaccination	Signature/Stamp
1°	OPV	26.1.2004	F.L.
2°	OPV	3.5.2004	F.L.
3°	OPV	24.1.2005	F.L.
1°	OPV	24.1.2005	F.L.
2°	OPV	15 SET 2005	F.L.
3°	OPV	12.10	F.L.

MOD. DP SCIS centro stampa ultra 13 - data

Calendario vaccinazioni* - Obbligatorie e raccomandate Immunisation Time - Table	
Età	Tipi di vaccinazione
Age	Type of vaccination
3° mese	1 OPV-DTP-Ep8
5° mese	2 OPV-DTP-Ep8
7° mese	3 DTP
12° mese	4 OPV-Ep8-Hib
15° - 18° mesi	5 DT-MPR
3° anno	Rich. OPV
5° - 6° anno	Rich. DT (P)
12° anno	Ep8-MPR
14° anno	Rich. Td

*richiami da vanno effettuati ogni 10 anni

**Scheda della Regione VENETO **Raccomandate

OPV = Antipolio orale; Ep8=antipatite B
 DTP = Anti Difterite-Tetano-Pertosse**
 MPR** = Anti Morbillo-Parotite-Rosolia
 Hib** = Anti Haemophilus tipo b
 Td** = Anti difterite-tetano adulti

REGIONE DEL VENETO - ULSS n. 13
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE DEL VENETO

TESSERA SANITARIA

Codice Individuale: 113
 Cognome e Nome: F
 Codice Fiscale: ITALIA
 Città/Prov: VENEZIA
 Residenza: C.A.P.
 Cognome e nome del medico esente: C.A.P.
 Inizio Scelta: Fine Scelta

TESSERA SANITARIA
 REGIONE DEL VENETO
 Data di scadenza: 24/03/2016
 Segno: M

RETRO

ANTIPOLIO SABIN (OPV) - SALK (IPV) Oral Poliov. Vaccine (OPV) - Inactivated Poliov. Vacc. (IPV)			
Dose	Genere	Data di vaccinazione	Firma e timbro
Type		Date of vaccination	Signature/Stamp
1°	IPV	26.1.04	F.L.
2°	IPV	3.5.04	u
3°	IPV	24.1.05	u
4°	IPV	24.9.2006	F.L.
R			

ANTI MORBILLO - PAROTITE - ROSOLIA (MPR) Measles - Mumps - Rubella Vaccine (MMR)			
Dose	Genere	Data di vaccinazione	Firma e timbro
Type		Date of vaccination	Signature/Stamp
1°	MPR	14.3.2005	F.L.
2°	MPR	2 MAR 2005	F.L.

ANTIDIFTERITE-TETANO-PERTOSSE (DTPa DTPa)			
Dose	Genere	Data di vaccinazione	Firma e timbro
Type		Date of vaccination	Signature/Stamp
1°	DTPa	26.2.04	F.L.
2°	DTPa	3.5.04	u
3°	DTPa	24.1.05	u
4°	DTPa		
R			

DTPa=vaccino con componente antipertosse acellulare

ANTIPATITE B (Ep8) Hepatitis B Vaccine (HBV)			
Dose	Genere	Data di vaccinazione	Firma e timbro
Type		Date of vaccination	Signature/Stamp
1°	Ep8	26.1.04	F.L.
2°	Ep8	3.5.04	u
3°	Ep8	24.1.05	u

ANTI HAEMOPHILUS INFL. Tipo b (Hib)			
Dose	Genere	Data di vaccinazione	Firma e timbro
Type		Date of vaccination	Signature/Stamp
1°	Hib	26.2.04	F.L.
2°	Hib	3.5.04	u
3°	Hib	24.1.05	u

ALLERGIE - REAZIONI AVVERSE