

Servizio Vaccinazioni di....., tel.0775-882..... (Orario:.....)

Prot. n..... del.....

Ai Sigg.....

genitori di.....

Via.....



Gentili genitori,

nel felicitarci con Voi per il lieto evento, Vi invitiamo ad accompagnare il/la/i piccol... ..
nat..... a il..... presso il nostro Servizio
Vaccinazioni, in via.....il giorno..... dalle ore.....alle ore.....,
o, comunque, **a partire dal 61° giorno di vita**, per le seguenti **vaccinazioni**:

- 1^ ANTIPOLIO/TETANO/DIFTERITE/PERTOSSE/EPATITE B/HAEMOPHILUS (ESALENTE)
- 1^ ANTIPNEUMOCOCCO 13valente coniugato
- 1^ ANTIROTAIVIRUS

Per assicurare la migliore protezione possibile contro la pertosse è importante non tardare la 1^ vaccinazione appena compiuto il 61° giorno di vita e, per lo stesso motivo, la vaccinazione contro Difterite-Tetano-Pertosse sarà offerta gratuitamente anche a Voi genitori per proteggere il/la vostro/a piccolo/a nei primi mesi di vita.

Vi ricordiamo di portare con Voi il presente invito con il cartellino di dimissione ospedaliera e che non è necessario il digiuno.

Vi informiamo, inoltre, che, secondo il nuovo Calendario Vaccinale previsto dal PNPV 2017-2019, recepito dalla Regione Lazio in data 16.03.2017, il/la vostro/a piccolo/a, nel corso dei primi due anni di vita, nelle date che di volta in volta verranno indicate, effettuerà le seguenti vaccinazioni

- ANTIMENINGOCOCCO B (1^ dose dopo 15 gg. dall'Esavalente, gratuito dai nati 2017)
- ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA-VARICELLA (1^ dose, 13°-15° mese, gratuito dai nati 2016)
- ANTIMENINGOCOCCO A,C,Y,W135 (tetravalente) (1^ dose, 13°-15° mese, gratuito dai nati 2016)

Nell'intento di farVi giungere una corretta informazione sulle vaccinazioni per l'infanzia, Vi inviamo, allegato al presente invito, un pieghevole elaborato dal Ministero della Salute e rielaborato dalla nostra Unità Operativa.

Potrete comunque avere informazioni dal Vs. Pediatra di Fiducia e/o presso il nostro Servizio, anche nei giorni precedenti la data di vaccinazione.

Cordiali saluti.

IL REFERENTE
SERVIZIO VACCINALE DISTRETTO “__”

Sede di dr.....

IL RESPONSABILE
U.O.S. COORDINAMENTO ATTIVITA' VACCINALI
F.to dr.ssa Maria Gabriella Calenda