

**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**:

- I<sup>^</sup> ANTIPOLO/TETANO/DIFTERITE/PERTOSSE/EPATITE B/HAEMOPHILUS (ESAVALENTE)
- I<sup>^</sup> ANTIPNEUMOCOCCO 13valente coniugato
- I<sup>^</sup> ANTIROTAVIRUS

Per assicurare la migliore protezione possibile contro la pertosse è importante non tardare la I<sup>^</sup> 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 (I<sup>^</sup> dose dopo 15 gg. dall'Esavalente, gratuito dai nati 2017)
- ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA-VARICELLA (I<sup>^</sup> dose, 13°-15° mese, gratuito dai nati 2016)
- ANTIMENINGOCOCCO A,C,Y,W135 (tetravalente) (I<sup>^</sup> 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*