ALLEGATO A

ADDENDUM SPECIFICO PER IDENTIFICAZIONE PERSONE ESTREMAMENTE VULNERABILI

Gent.mo/a,

la compilazione della presente scheda ha il fine di individuare le persone affette da determinate condizioni patologiche, individuate come ad accesso prioritario alla vaccinazione in questa fase.

La compilazione della presente scheda dovrà essere consegnata al momento della vaccinazione.

La sussistenza della motivazione clinica a sostegno dell'appartenenza a tale categoria di persone estremamente vulnerabili potrà essere verificata al momento della vaccinazione su specifica documentazione che il vaccinando avrà cura di portare con sé.

Nel caso di dubbi per la compilazione, ovvero in particolare per l'individuazione della certa appartenenza ad una delle categorie sottoindicate, può far riferimento al suo medico di fiducia o al centro di riferimento cui risulta in carico per la sua patologia specifica.

La preghiamo di considerare ciascuna delle condizioni di patologia della tabella di seguito, identificando le condizioni cliniche specifiche dalle quali risulta affetto mettendo una crocetta in corrispondenza del SI.

| AREA DI PATOLOGIA | DEFINIZIONE | CODICE | SI |
|---|--|------------|----|
| Malattio recoiratorio | Fibrosi polmonare idiopatica | C1 | |
| Malattie respiratorie | Altre patologie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia | C2 | |
| Malattie cardiocircolatorie | Scompenso cardiaco in classe avanzata (III-IV NYHA) | С3 | |
| | Pazienti post shock cardiogeno | C4 | |
| | Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone | C5 | |
| | Sclerosi multipla | C6 | |
| Malattia manuala siala | Distrofia muscolare | C 7 | |
| Malattie neurologiche | Paralisi cerebrali infantili | C8 | |
| | Miastenia gravis | C9 | |
| | Patologie neurologiche disimmuni | C10 | |
| | Soggetti con diabete di tipo 1 | C11 | |
| Diabete/altre | Soggetti con diabete di tipo 2 che necessitano di almeno 2 farmaci per il diabete o che hanno sviluppato complicanze | C12 | |
| endocrinopatie severe | Soggetti con il morbo di Addison | C13 | |
| | Soggetti con panipopituirarismo | C14 | |
| Fibrosi cistica | Fibrosi cistica | C15 | |
| Malattia epatica | Pazienti con diagnosi di cirrosi epatica | C17 | |
| Malattie cerebrovascolari | Pazienti con pregresso evento ischemico-emorragico cerebrale che abbia compromesso l'autonomia neurologica e cognitiva | C18 | |
| | Persone che hanno subito uno "stroke" nel 2020 e per gli anni precedenti con un ranking maggiore o uguale a 3 | C19 | |
| Patologie oncologica | Pazienti con natologia tumorale maligna in face avanzata non in | | |
| Emoglobinopatie | Pazienti affetti da talassemia | C21 | |
| Emogrobinopatie | Pazienti affetti da anemia a cellule falciformi | C22 | |
| Sindrome di Down | Pazienti con sindrome di Down | C23 | |
| Grave obesità | Pazienti con BMI maggiore di 35 | C24 | |
| Malattie neurologiche | Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive | | |
| Malattie autoimmuni- immunodeficienze primitive | lattie autoimmuni- nunodeficienze Pazienti con grave compromissione polmonare o marcata | | |

| | Pazienti con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico | CFC3 | |
|----------------------|---|------|--|
| Patologie oncologica | Pazienti oncologici e onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure | CFC4 | |

| CONDIZIONE | DEFINIZIONE | CODICE | SI |
|---|---|--------|----|
| Disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica) | Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3 | D1 | |

| Nome: | Cognome: | Codice fiscale: |
|----------|----------|-----------------|
| Data / / | | Firma |

Elenco dei conviventi di persone a elevata fragilità per le patologie CFC1, CFC2, CFC3, CFC4:

| Nome | Cognome | Data di nascita | Codice fiscale | Cellulare o telefono | Firma |
|------|---------|-----------------|----------------|-------------------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Elenco dei conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto per la condizione D1:

| Nome | Cognome | Data di nascita | Codice fiscale | Cellulare o telefono | Firma |
|------|---------|-----------------|----------------|-------------------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |