

Data di presentazione: |___|___|___| Protocollo n° Pratica n°

**I) DOMANDA ex L.210/92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A
VACCINAZIONE, TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Alla AZIENDA SANITARIA LOCALE di xxxxxx

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni il sottoscritto (cognome) (nome) nato a prov. il |___|___|___|, residente a prov. CAP..... Via n. cod.fisc. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| tel. fax

in qualità di:
 diretto interessato
 esercente la potestà genitoriale o la tutela di (cognome) (nome) nato a prov. il |___|___|___|, residente a prov. CAP..... Via n. cod.fisc. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| tel. fax

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della predetta legge quale appartenete alla seguente tipologia di beneficiario:

- Soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria.
 - Soggetto sottoposto a vaccinazioni, anche non obbligatorie, necessarie per motivi di lavoro o per incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero.
 - Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie.
 - Soggetto non vaccinato che ha riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.
 - Soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L 695/59.
-
- Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.
 - Operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HIV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV.
 - Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.
-
- Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti.
 - Figlio contagiato durante la gestazione.
-
- Soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni.
 - Soggetto con più di una patologia.
- Riferimento precedente domanda di indennizzo Pratica. n.del |___|___|___| a seguito

della quale è stato riconosciuto allo stesso/al suo rappresentato una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica ascrivibile allacategoria della tabella A allegata al DPR 30/12/81 n. 834.

CHIEDE

inoltre, l'importo aggiuntivo "una tantum" ai sensi dell'articolo 2, comma 2, L. 210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causa di vaccinazioni obbligatorie.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. Documenti sanitari

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

Vian.

CAP Città prov.

telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art 10 della L. 675/96 si informa che:

1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
2. i dati personali e sensibili contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della Azienda Sanitaria Locale;
4. titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsti dall'art.13 della L. 675/96.

Firma per presa visione _____
(firma estesa leggibile)

....., li |__|__|__|
(luogo) (data) _____
(firma estesa leggibile)



**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI
ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Domicilio.....Tel.....

A) condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati:

1) politrasfuso per emopatia cronica

2) trasfuso per evento acuto

Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1)

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

1).....dal.....al.....

2).....dal.....al.....

3).....dal.....al.....

4).....dal.....al.....

5).....dal.....al.....

Annotazioni:

.....

.....

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2)

Tipo:

N° unità:

Data di somministrazione: |_|_|/|_|_|/|_|_|

Luogo di somministrazione:

Annotazioni:

.....

Informazioni relative all'infezione da HIV:

Data rilevamento sierologico: | | | / | | | / | | |

Data diagnosi di malattia: | | | / | | | / | | |

Data grave immunodepressione (CD4<200ml): | | | / | | | / | | |

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data rilevamento sierologico HBSAg: | | | / | | | / | | |

Data anti HCV: | | | / | | | / | | |

Data diagnosi di epatopatia irreversibile: | | | / | | | / | | |

Data dell'avvenuto decesso: | | | / | | | / | | |

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio

Data evento che ha determinato l'infezione: | | | / | | | / | | |

Informazioni relative all'infezione da HIV:

.....

.....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

.....

.....

Data del decesso: | | | / | | | / | | |

.....

(firma leggibile e timbro)

SCHEDA INFORMATIVA DI REAZIONE INDESIDERATA DA VACCINO

Notifica di reazione indesiderata a vaccino

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Domicilio Tel.

Vaccinato

Contatto

Anamnesi fisiologica
.....
.....

Anamnesi patologica remota
.....
.....

Farmaci di recente somministrazione
.....
.....

Data somministrazione vaccino |__|__|__|

Nome commerciale vaccino

Ditta produttrice Serie Lotto

Controllo di statoPrepar. il Scad. il

Luogo di somministrazione del vaccino: Centro vaccinale/ASL Studio medico privato

Sede e denominazione Centro vaccinale/ASL
.....

Precedenti somministrazioni effettuate in data |__|__|__|

Data di inizio dei primi **sintomi soggettivi** |__|__|__|

Data di inizio dei primi **sintomi oggettivi** |__|__|__|

Sintomi **soggettivi** rilevati da

Sintomi **oggettivi** rilevati da

Eventuali visite specialistiche

Esito della reazione indesiderata

Altre vaccinazioni praticate (1):

.....

.....

(1) Se effettuate nella stessa seduta, riportare tutti i dati relativi al vaccino (nome commerciale, lotto, ecc.).
Se effettuate in precedenza, specificare le date di somministrazione.

Sintomi oggettivi generali

- febbre > 39° C
- durata della febbre |__|__| gg.
- cefalea
- anoressia
- vomito
- diarrea
- stipsi
- iperemia fauci
- iperemia cutanea
- esantemi

Sintomi oggettivi neurologici

- debolezza muscolare
- areflessia tendinea
- atassia
- paresi transitoria
- paralisi permanente
- segni meningei
- segni encefalici
- convulsioni
- exitus
- altro

note:

.....

.....

.....

.....

..... il |__|__|__|
(luogo)

.....
(firma per esteso leggibile)