Allegato a Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 60 del 27 AGO. 2013

All. B

Governo Clinico: **scheda notula vaccinazioni**, All. **B** al Decreto C. n°_____
_____del_____

Alla Asl di_____

Dott.....Cod.Reg.....Mese.....Anno.....

Cognome Nome	Codice Fiscale	Eta'			Data visita	Tipo di azione [1]	**Bil. Sal.** Y 1 / Y 5 / Y 8 / Y 11 Firma genitore			
		Anni	mesi	gg						

Data:_____ Firma e Timbro del Pediatra di l.s._____

[1] **Azioni**: counseling e materiale informativo relativo alle vaccinazioni raccomandate nel periodo indicato sullo schema riportato nell'All. A e C: **(1-3)**; **(2-4)**; **(5-6)**: **(7)**

***Bil.S.**: Y1 (60gg +/- 30gg); Y5 (360gg +/- 60gg); Y8 (5anni +/- 6mesi); Y 11 (11-12 anni)