

## Vaccinazione COVID-19 Certificazione di malattia ad alto rischio\* da parte del medico curante

**Cognome** **Nome** **Data di nascita**

(ev. etichetta paziente)

Con la presente certifico che la persona a margine riempie i criteri sottoelencati per la vaccinazione COVID-19

Paziente di età <75 anni con i seguenti fattori di rischio o malattie:

\*UFSP/CFV. *Recommandations de vaccination avec des vaccins à ARNm contre le COVID-19 (état 10.02.2021)*. Tabella 2

Malattie cardiache	- insufficienza cardiaca a partire da NYHA II - ischemia coronarica cronica sintomatica malgrado terapia
Iperensione arteriosa	- ipertensione refrattaria a terapia (>160 mmHg) - ipertensione con cardiomiopatia ipertensiva o complicazioni agli organi bersaglio
Malattie respiratorie	- BPCO a partire da GOLD II - enfisema / bronchiectasia severa - pneumopatia interstiziale / fibrosi polmonare - malattie con riduzione severa della capacità polmonare
Malattie epatiche	- cirrosi epatica con antecedenti di scompenso
Malattie renali	- insufficienza renale grave con GFR <30 ml/min
Diabete mellito	- DM tipo 1 o 2 con danno d'organo significativo - DM mal controllato (HbA1c ≥ 8%)
Adiposità	- adulti con BMI ≥ 35 kg/m <sup>2</sup>
Immunodeficienza significativa: - su malattie congenite o acquisite - su terapia immunosoppressiva	- neoplasie ematologiche maligne - malattie tumorali con terapia in corso - malattie infiammatorie auto-immuni (per es. lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, psoriasi, malattie infiammatorie intestinali croniche, sclerosi multipla) che richiedono una terapia immuno-soppressiva (incluso prednisone-equivalente > 20 mg/die, farmaci risparmiatori di steroidi (azatioprina, metotrexato, ecc.), farmaci "biologici") - malattia HIV con CD4 < 200 cellule / µl - trapianti di organi solidi, di midollo o di cellule staminali

*p.f. crociare il fattore di rischio/malattia corrispondente.*

Luogo, data:

Firma / timbro del medico: