

VACCINAZIONE ANTI-HERPES ZOSTER 2019/2020

MEDICO	VACCINO: Zostavax	Lotto:	scadenza:
---------------------	--------------------------	---------------	------------------

	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita o codice fiscale	Cat *	Data
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

1* - età 65 anni	2* - Soggetti di qualsiasi età a rischio (categorie indicate dal PNPV 2017-2019)
-------------------------	--

