

DOTT: _____
 MEDICO CHIRURGO
 SPECIALISTA IN PEDIATRIA
 CODICE REG. : _____

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
 Azienda USL di _____
 Indirizzo: _____
 Al Responsabile aziendale per la Medicina convenzionata
 Ufficio trattamento economico
 Azienda USL di _____
 Indirizzo: _____

OGGETTO: GOVERNO CLINICO PLS -2016 D.C. 26 del 22 marzo 2016 - punto 3 ---TRIMESTRE (del recall) _____ su convocati
 nel trimestre relativo di rif.-()

MONITORAGGIO DELLA ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE MPR

ELENCO TRIMESTRALE DEL RECALL ESEGUITO AI BAMBINI CHE COMPIONO 16 MESI RISPETTO AL TRIMESTRE DI RIFERIMENTO

Convocati nel trimestre						Recall relativo al trimestre					
n. prog	Cod. fisc. assistito	cognome	nome	data nascita	data 1° convocazione	Data recall (a 16 m)	tipo di recall	vaccinazio ne eseguita x	vaccinazio ne non eseguita x	mancata risposta x	controllo ASL Dip. Prevenzione ¹
											SI NO

¹ ATTENZIONE – da compilare a cura del Dipartimento di Prevenzione

Modulo n° 4 – Report trimestrale processo di monitoraggio e recall

Distinti saluti

Luogo: _____

Dr. _____ cod.reg. _____

DOTT: _____
 MEDICO CHIRURGO
 SPECIALISTA IN PEDIATRIA
 CODICE REG. : _____

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
 Azienda USL di _____
 Indirizzo: _____
 Al Responsabile aziendale per la Medicina convenzionata
 Ufficio trattamento economico
 Azienda USL di _____
 Indirizzo: _____

OGGETTO: GOVERNO CLINICO PLS -2016 D.C. 26 del 22 marzo 2016 - punto 3 - --TRIMESTRE (del recall) _____ su convocati
 nel trimestre relativo di rif.- _____)

MONITORAGGIO DELLA ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE MPR

ELENCO TRIMESTRALE DEL RECALL ESEGUITO AI BAMBINI CHE COMPIONO 16 MESI RISPETTO AL TRIMESTRE DI RIFERIMENTO

Convocati nel trimestre						Recall relativo al trimestre					
n. prog	Cod. fisc. assistito	cognome	nome	data nascita	data 1° convocazione	Data recall (a 16 m)	tipo di recall	vaccinazio ne eseguita x	vaccinazio ne non eseguita x	mancata risposta x	controllo ASL Dip. Prevenzione ¹
											SI NO

¹ ATTENZIONE – da compilare a cura del Dipartimento di Prevenzione

[illegible]

[illegible]

Luogo: _____

Dr. _____ cod.reg. _____