

Benvolgut company,

Els pares del seu pacient ens han manifestat el seu interès per dur a terme les vacunacions del seu fill al nostre centre.

Amb l'objectiu de no duplicar de forma innecessària les revisions del nen i, a la vegada, de no interferir en el control habitual fet per vostè, posem a disposició de la família hores exclusives de vacunació per part de l'equip d'infermeria pediàtrica, per la qual cosa necessitaríem una simple nota firmada per vostè que autoritzi la vacunació pertinent.

Aquesta mesura té el seu origen en la conveniència que les vacunacions es facin en un únic centre, amb el fi de no duplicar dosis o que no apareguin vacunes caducades a la nevera amb el nom d'un pacient, com ja ha passat en algun cas amb vacunes no incloses en el calendari oficial de vacunacions sistemàtiques. D'aquesta manera vostè, com a pediatre del pacient, serà qui indicarà quan és necessari vacunar-lo i quin tipus de vacuna s'ha d'administrar.

Agraint per avançat la seva col·laboració, estem a la seva disposició pel que li calgui.

Una cordial salutació.

Equip de Pediatria EAP SARRIÀ/VALLVIDRERA/LES PLANES