

MODELO DE FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO BÁSICA

_____, ____ / ____ / ____

Ao Centro de Imunizações / UBS

Encaminhado o(a) paciente _____,

() candidato a transplante de _____ / () transplantado de _____ / () contato domiciliar / () doador, para vacinação:

() dT () dTpa¹

() Poliomielite inativada (Salk)

() Hepatite B – () 3 doses () 4 doses e dobro da dose se Tx renal ou após Tx

() Hepatite A – se IgG (-) para hepatite A

() Pneumococo 13 dose única, e após 3 meses a Pneumo 23 – dose única

() Pneumococo 23

() Sarampo, caxumba, rubéola²

() Varicela² - se negar ter tido

() Meningococo C

() Meningococo tetravalente (ACWY)¹

() Meningo B¹

() Hib

() Influenza (anualmente no outono)

() Febre amarela²: apenas se imunocompetente

() HPV³

() Herpes zoster²

() Dengue^{1,2} (9 – 45 anos, se já teve dengue comprovada; 3 doses) Contra-indicada para transplantados.

¹: apenas na rede particular

²: aguardar 4 semanas para transplantar. CONTRA-INDICADAS APÓS O TRANSPLANTE.

³: na UBS até 26 anos e 11 meses. A partir de 27 anos, rede privada.

Atenciosamente,
