

MODELO DE ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO

PRÉ- TRANSPLANTE

_____, ____/____/____

Ao Centro de Imunizações (CRIE) / UBS

Encaminho o(a) paciente _____, () candidato(a)
a transplante de _____ / () doador(a) para vacinação:

- () Covid-19
- () dT () dTpa¹
- () Poliomielite inativada (Salk)
- () Hepatite B – () 3 doses () 4 dose, dobro da dose (se Tx renal ou de fígado)
- () Hepatite A – se IgG (-) para hepatite A
- () Pneumococo 13 dose única, e após 2 meses a Pneumo 23 – dose única
- () Pneumo 15¹ e após 2 meses a Pneumo 23 – dose única
- () Pneumo 20¹ e após 2 meses a Pneumo 23 – dose única
- () Pneumococo 23
- () Sarampo, caxumba, rubéola: aguardar 4 semanas para transplantar
- () Varicela (se suscetível): aguardar 4 semanas para transplantar
- () Meningococo C
- () Meningococo ACWY
- () Meningo B¹
- () Hib
- () Influenza (anualmente no outono)
- () Febre amarela : apenas se imunocompetente. Aguardar 4 semanas para transplantar
- () HPV (CRIE: até 45 anos; acima 45 anos apenas na saúde suplementar)
- () Herpes zoster¹
- () Dengue¹: decisão compartilhada. Aguardar 4 semanas para transplantar
- () Virus sincicial respiratório (VSR)¹: acima 60 anos, dose única

¹: apenas na rede particular

Atenciosamente,

MODELO DE ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO

PÓS- TRANSPLANTE

_____, ____/____/____

Ao Centro de Imunizações (CRIE) / UBS

Encaminho o(a) paciente _____, () pós-transplante de _____ para vacinação:

- () Covid-19
- () dT () dTpa¹
- () Poliomielite inativada (Salk)
- () Hepatite B (4 doses, dobro da dose)
- () Hepatite A – se IgG (-) para hepatite A
- () Pneumococo 13 dose única, e após 2 meses a Pneumo 23 – dose única
- () Pneumo 15¹ e após 2 meses a Pneumo 23 – dose única
- () Pneumo 20¹ e após 2 meses a Pneumo 23 – dose única
- () Pneumococo 23
- () Meningococo C
- () Meningococo ACWY
- () Meningo B¹
- () Hib
- () Influenza (anualmente no outono)
- () HPV (CRIE: até 45 anos; acima 45 anos apenas na saúde suplementar)
- () Herpes zoster¹
- () Virus sincicial respiratório (VSR)¹: acima 60 anos, dose única

¹: apenas na rede particular

Atenciosamente,

MODELO DE ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO - CONVIVENTES

_____, ____/____/____

Ao Centro de Imunizações (CRIE) / UBS

Encaminho o(a) sr(a) _____, convivente do paciente
_____, () pré / () pós transplante de _____,
para vacinação:

- () Covid-19
- () Influenza^{1,2} (anualmente no outono)
- () Poliomielite inativada² (Salk)
- () Hepatite B^{1,2} (3 doses)
- () Hepatite A² – se IgG (-) para hepatite A
- () Sarampo, caxumba, rubéola²
- () Varicela² - se negar ter tido
- () dT¹ () dTpa³
- () Pneumococo 13³ dose única, e após 2 meses a Pneumo 23³ – dose única
- () Pneumo 15³ e após 2 meses a Pneumo 23³ – dose única
- () Pneumo 20¹ e após 2 meses a Pneumo 23 – dose única
- () Pneumococo 23³
- () Meningococo C^{1,3} (verificar as idades de crianças/adolescentes disponibilizadas pelo MS)
- () Meningococo ACWY^{1,3} (verificar as idades de crianças/adolescentes disponibilizadas pelo MS)
- () Meningo B³
- () Febre amarela¹
- () HPV^{1,3} (verificar as idades de crianças/adolescentes disponibilizadas pelo MS)
- () Herpes zoster³
- () Dengue³
- () Virus sincicial respiratório (VSR)³: acima 60 anos, dose única

¹: UBS ²: CRIE ³: apenas na rede particular

Atenciosamente,
