

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 – anual (grupos especiais) ou semestral (imuossuprimidos e acima de 60 anos)
- () Influenza^{1,2} (anualmente no outono) () Influenza alta dose³: acima 60 anos
- () Poliomielite inativada² (Salk)
- () Hepatite B^{1,2} (3 doses)
- () Hepatite A² – se IgG (-) para hepatite A
- () Sarampo, caxumba, rubéola ²
- () Varicela² - se negar ter tido
- () dT ¹ () dTpa ³
- () Pneumo 13³ uma dose; Pneumo 23³ – 1^a dose após 2 meses, 2^a dose após 5 anos.
- () Pneumo 15³ uma dose; Pneumo 23³ – 1^a dose após 2 meses, 2^a dose após 5 anos.
- () Pneumo 20¹ 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
- () Dengue ³
- () Virus sincicial respiratório (VSR) ³

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

Atenciosamente,
