



MODELO DE ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO

PÓS- TRANSPLANTE

_____, ____ / ____ / ____

Ao Centro de Imunizações (CRIE) / UBS

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

- () Covid-19 semestral
- () 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 – primeira dose, e segunda dose após 5 anos.
- () Pneumo 15¹ e após 2 meses a Pneumo 23 – primeira dose, e segunda dose após 5 anos.
- () Pneumo 20¹ dose única
- () Pneumococo 23
- () Meningococo ACWY
- () Meningo B¹
- () Hib
- () Influenza (anualmente no outono) () Influenza alta dose¹: acima 18 anos
- () HPV (CRIE: HPV4 e até 45 anos; acima 45 anos apenas na saúde suplementar; HPV9¹, saúde suplementar)
- () Herpes zoster¹
- () Vírus sincicial respiratório (VSR)¹

¹: apenas na rede particular

Atenciosamente,
