

MODELO DE ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO

PRÉ- TRANSPLANTE

_____, ____ / ____ / ____

Ao Centro de Imunizações (CRIE) / UBS

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

- () Covid-19
- () dT () dTpa¹
- () Poliomielite inativada (Salk)
- () Hepatite B – () 3 doses () 4 doses, 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 – 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
- () Sarampo, caxumba, rubéola: aguardar 4 semanas para transplantar
- () Varicela (se suscetível): aguardar 4 semanas para transplantar
- () Meningococo ACWY
- () Meningo B¹
- () Hib
- () Influenza (anualmente no outono) () Influenza alta dose¹: acima 60 anos
- () 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
- () Vírus sincicial respiratório (VSR)¹

¹: apenas na rede particular

Atenciosamente,
