

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) () Influenza alta dose³: acima 60 anos
- () 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

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

Atenciosamente,
