

## MODELO DE ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO

### PÓS- TRANSPLANTE

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ao Centro de Imunizações (CRIE) / UBS

Encaminho o(a) paciente \_\_\_\_\_, pós-transplante  
de \_\_\_\_\_ para vacinação (a partir 6º mês pós Tx; exceção: influenza e Covid-19):

- ☐ Covid-19 semestral (após 30 dias do transplante)
- ☐ dT      ☐ dTpa <sup>1</sup>
- ☐ 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 15<sup>1</sup> e após 2 meses a Pneumo 23 – dose única
- ☐ Pneumo 20<sup>1</sup> dose única
- ☐ Pneumococo 23
- ☐ Meningococo ACWY
- ☐ Meningo B<sup>1</sup>
- ☐ Hib
- ☐ Influenza (anualmente no outono; após 30 dias do transplante)    ☐ Influenza alta dose<sup>1</sup>:  
acima 18 anos
- ☐ HPV (CRIE: HPV4 e até 45 anos; acima 45 anos apenas na saúde suplementar; HPV9<sup>1</sup>, saúde suplementar)
- ☐ Herpes zoster<sup>1</sup>
- ☐ Virus sincicial respiratório (VSR) <sup>1</sup>

<sup>1</sup>: apenas na rede particular

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_