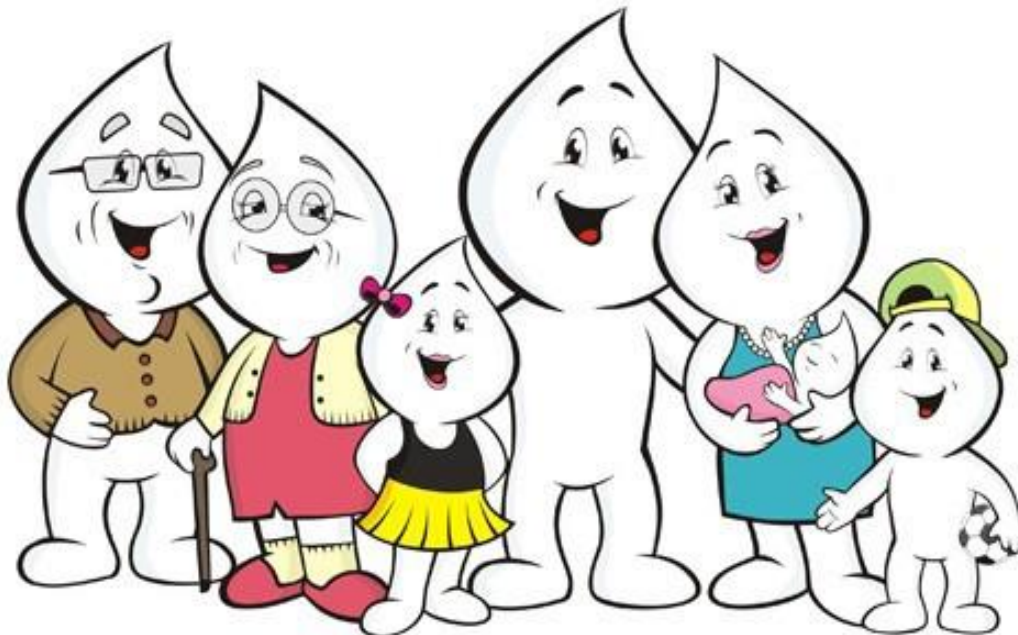


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

# TREINAMENTO EM SALA DE VACINA PARA ATENÇÃO BÁSICA



# Objetivo do treinamento

- Oferecer apoio teórico e técnico aos profissionais de imunização;
- Contribuir para uma execução segura das ações de vacinação e atualização oportuna dos profissionais de saúde que trabalham nas salas de vacinas;
- Este material não apresenta como finalidade esgotar o tema “Imunizações”. O profissional deve recorrer às referências científicas para estudo mais apurado e contínuo sobre o assunto.

# Funções da equipe que trabalha na sala de vacinação

- Ter olhar atento quanto a organização e disposição dos equipamentos da sala de vacina;
- Manter a limpeza da sala;
- Prover, periodicamente o estoque regular de material e de imunobiológicos;
- Manter as condições ideais de conservação dos imunobiológicos;
- Manter os equipamentos em boas condições de funcionamento;
- Encaminhar adequadamente os imunobiológicos inutilizados e os resíduos da sala de vacinação;
- Orientar e prestar assistência à clientela, com segurança, responsabilidade e respeito;
- Registrar a assistência prestada nos impressos adequados;
- Manter o arquivo em ordem;
- Avaliar, sistematicamente, as atividades desenvolvidas.

# Responsabilidades do Enfermeiro da sala de vacinação

- Treinar e supervisionar a equipe do setor;
- Prever e Prover insumos, materiais e impressos necessários ao trabalho diário;
- Conhecer, controlar e garantir a reposição do estoque de vacinas do setor;
- Fazer o gerenciamento da Rede de Frio;
- Verificar o prazo de validade dos imunobiológicos e identificação dos frascos;
- Solicitar mudanças e adaptações para que o ambiente da sala de vacinas tenha adequadas condições de trabalho;
- Realizar notificação e investigação de casos de Eventos Adversos possivelmente relacionados à vacinação;
- Somar as doses registradas no e-sus e preencher o consolidado Mensal de Doses Aplicadas e enviar no fechamento a Central de Vacinas;
- Conhecer, avaliar e acompanhar as coberturas vacinais de sua área de atuação;
- Estar apto (a) a tomar decisões a nível local, na liderança da equipe de enfermagem.

# PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

➤ Regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 e pelo Decreto nº 78.321 de 12 de agosto de 1976, o PNI organiza toda política nacional de vacinação da população brasileira tem por missão **o controle , a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis.**

# Imunidade

É o estado de resistência, geralmente associado à presença de anticorpos, que possuem ação específica sobre o organismo responsável por uma doença infecciosa específica ou sobre suas toxinas.

## **Imunidade passiva (imediate e transitoria)**

- ✓ Natural (transplacentária)
- ✓ Artificial (soros heterólogos e homólogos)

## **Imunidade ativa (duradoura)**

- ✓ Natural (doença)
- ✓ Artificial (vacinas)

## **Soros/ Imunoglobulinas**

Já contém os anticorpos necessários para combater uma doença ou intoxicação e podem se apresentar na forma homóloga (origem humana) ou heteróloga (origem animal).

## **Vacinas**

São preparações contendo microrganismos atenuados ou inativados ou suas frações, possuidoras de propriedades antigênicas. Induzem o sistema imunológico a produzir anticorpos.



# Classificação das vacinas segundo o tipo de antígenos

## **Agente vivo atenuada**

- BCG
- Pólio (VOPb/SABIN)
- Sarampo
- Caxumba
- Rubéola
- Febre Amarela
- Varicela
- Rotavírus

## **Agente inativado**

- Pólio (VIP/SALK)
- Pertussis ( Células inteiras e acelular)
- Hepatite A
- Raiva
- Covid-19 (Sinovac/Butantan)

# Classificação das vacinas segundo o tipo de antígenos

## **Fracionadas de base proteica (subunidade)**

- Hepatite B
- Toxoides tetânicos e diftéricos
- Influenza
- Pertussis (acelular)
- HPV

## **Fracionadas de base polissacarídica**

- Haemophilus influenzae tipo B
- Pneumococo
- Meningococo

## **Vetor viral (recombinante)**

- Covid-19 (AstraZenica/Fiocruz)

## **mRNA (RNA MENSAGEIRO)**

- Covid-19 (Pfizer Biontech)

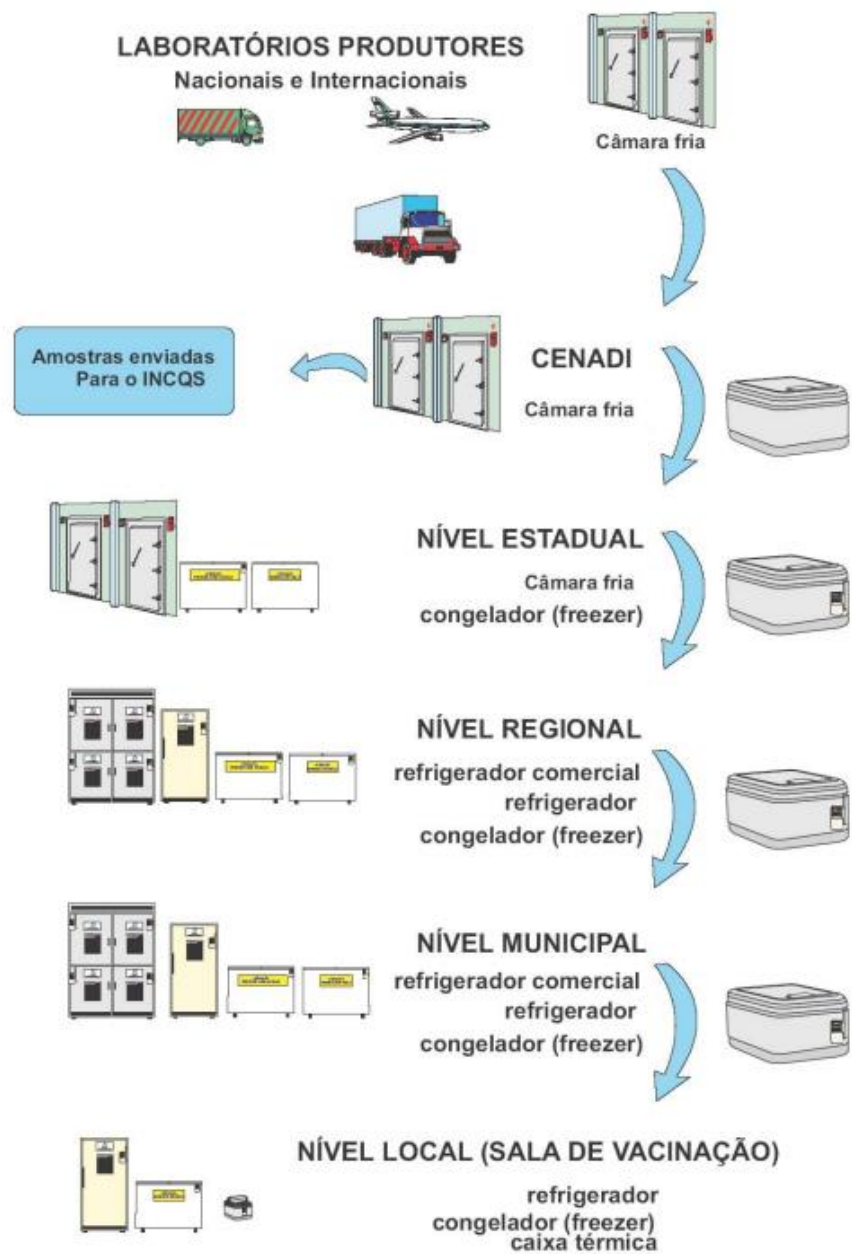
# REDE DE FRIO

COORDENAÇÃO GERAL DE ARMAZENAGEM



- É um sistema amplo, inclui uma estrutura técnico-administrativa com normatizações, planejamentos e avaliações orientada pelo Programa Nacional de Imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o usuário.
- A alteração da temperatura pode comprometer a potência imunogênica da vacina

# Fluxograma da Rede de Frio



## EXPECTATIVA



## REALIDADE



## CUIDADOS BASICOS COM EQUIPAMENTO DE REFRIGERACAO

- Acondicionar no refrigerador apenas imunobiológicos do PNI;
- Instalar em ambiente climatizado, distantes de fontes de calor, sem incidência da luz solar direta, nivelado e afastado 20 cm da parede;
- Usar tomada exclusiva;
- Fazer a leitura da temperatura, diariamente, no início da jornada de trabalho e no final do dia e anotar no mapa de registro diário de temperatura;
- Abrir a porta somente para acondicionamento e retirada de imunobiológicos ou bobinas de gelo reutilizável;
- Fazer degelo a cada 15 dias ou quando a camada de gelo atingir 0,5 cm e limpar o equipamento conforme os procedimentos recomendados.
- Os imunobiológicos devem estar adequadamente acondicionados no refrigerador. De um modo geral os imunobiológicos não podem sofrer alterações de temperaturas, portanto faz-se necessário o monitoramento contínuo e sistemático da mesma e a **disposição correta dos imunobiológicos no refrigerador.**

# Limpeza da Geladeira

## **Responsáveis :**

Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

## **Materiais necessários:**

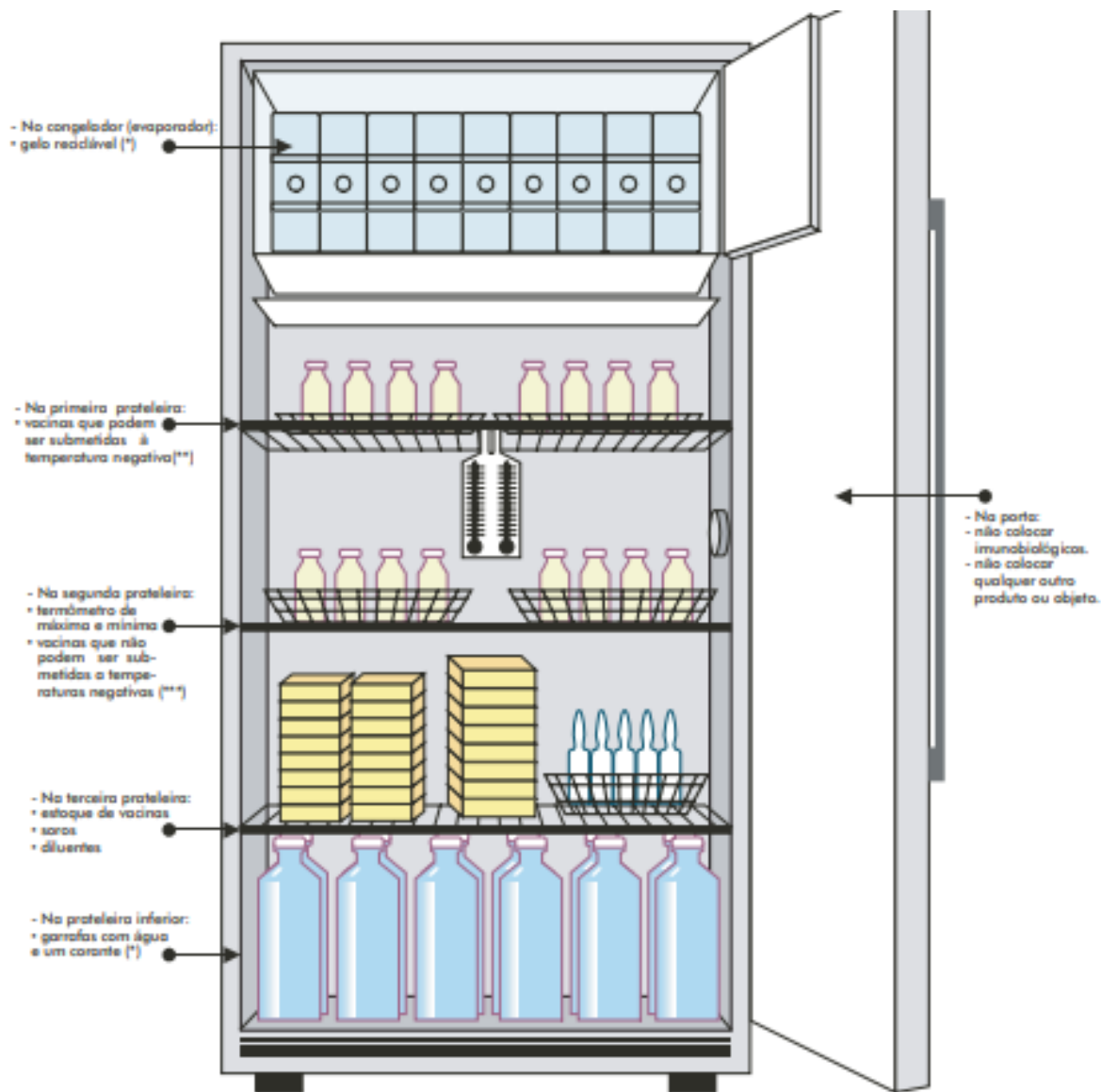
- Luvas;
- Balde exclusivo para esta atividade;
- Panos de limpeza exclusivo para esta atividade;
- Sabão neutro ou de coco;
- Água.



## Antes da limpeza propriamente dita:

- Prepare as caixas térmicas para acondicionar os imunobiológicos;
- Transfira os imunobiológicos para a caixa térmica após a ambientação, vedando-a com fita adesiva larga;
- Registre no formulário de controle de temperatura o horário de desligamento do refrigerador;
- Desligue a tomada e abra as portas do refrigerador e do congelador;
- Espere até que todo o gelo aderido se desprenda das paredes do congelador;
- Não mexa no termostato para não alterar o padrão de temperatura;
- Limpe as áreas externa e interna do refrigerador usando um pano umedecido em solução de água com sabão neutro ou sabão de coco;
- Limpe a parte posterior do refrigerador (grade e motor) com pano umedecido e enxugue-a com pano seco;
- Enxugue as áreas externa e interna com um pano limpo e seco;
- Depois de limpar o refrigerador, arrume o equipamento procedendo da seguinte forma: Ligue o refrigerador; Recoloque o termômetro, as garrafas com água e corante e as bobinas reutilizáveis. Mantenha as portas fechadas por um período de uma a duas horas. Verifique, após esse período, se a temperatura interna está entre +2°C e +8°C (o ideal é +5°C). Recoloque os imunobiológicos nos lugares indicados de acordo com as recomendações.

# Refrigeradores domésticos



**Afixar termômetro Digital de cabo extensor no gabinete interno da geladeira, colocar o bulbo na área central da prateleira. Com a finalidade de medir a temperatura do ar ao redor dos imunobiológicos**

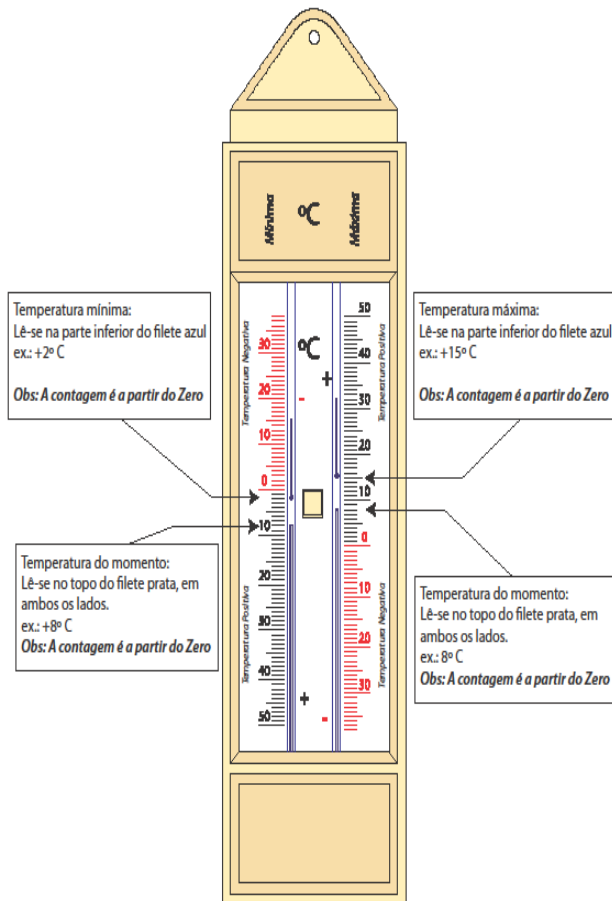
(\*) O gelo reciclável e as garrafas com água servem para manter a temperatura baixa em caso de defeito ou falta de energia.

(\*\*) Organizar os imunobiológicos em bandejas perfuradas.

(\*\*\*) O termômetro deve ficar em pé, fixado com barbante ou arame.

# Tipos de Termômetros

- Termômetro analógico máxima, mínima e momento



- Termômetro digital cabo extensor momento



- Termômetro digital, cabo extensor máxima, mínima e momento





### MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA

MES	ANO	CODIGO DA UNIDADE	UNIDADE DE SAÚDE	MUNICIPIO

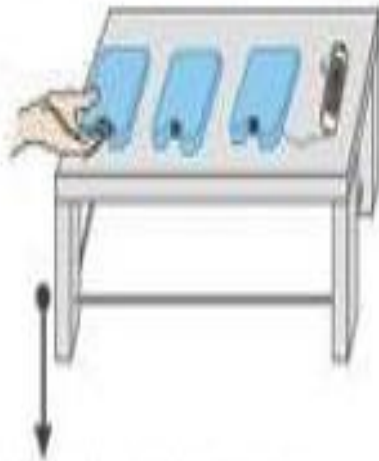
EQUIPAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> GELADERA ( ) CÂMERA FRIA	MARCA:	GERADOR NA UNIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO
---	--------	---

D I A	PERIODO	MANHÃ				TARDE				
		HORA	MÁXIMA	MÍNIMA	MOMENTO	ASSINATURA	HORA	MÁXIMA	MÍNIMA	MOMENTO
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

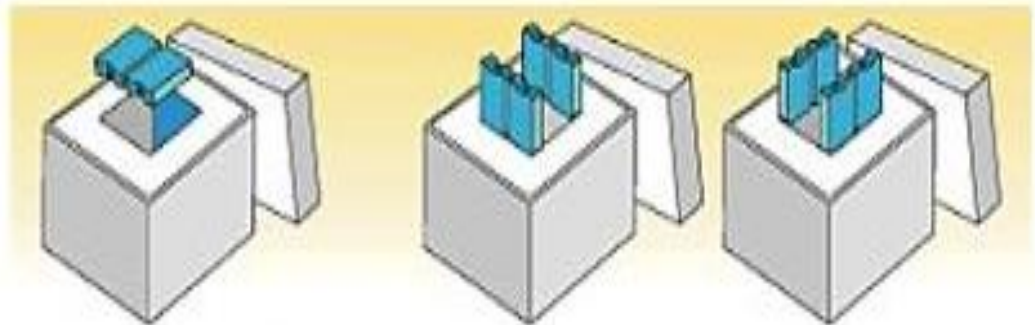
OBSERVAÇÕES (DECELO / RECEBIMENTO DE VACINAS / EQUIPAMENTO VAZIO / FALHAS DE ENERGIA / OUTRAS)

# Organização da Caixa Térmica

## ARRUMAÇÃO DAS CAIXAS TÉRMICAS PARA TRANSPORTE DE VACINAS:

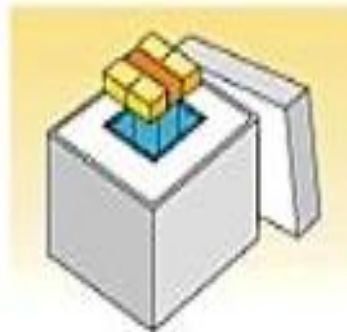


Colocar o gelo reutilizável sobre uma superfície até desaparecer a névoa. Ao mesmo tempo, monitorar uma das bobinas com termômetro de cabo extensor;

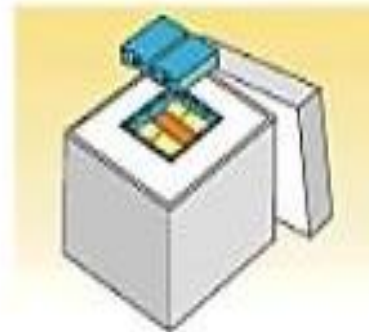


1 - Colocar gelo reciclável no fundo da caixa térmica.

2 - Colocar gelo reciclável nas paredes da caixa térmica.



3 - Colocar os imunobiológicos no centro da caixa térmica.



4 - Finalmente colocar o gelo reciclável para cobrir os imunobiológicos.

# Falta de Energia Elétrica

- ✓ Manter o equipamento fechado e monitorar rigorosamente a temperatura interna com termômetro de cabo extensor, no prazo máximo de 8 h (se o refrigerador estiver em boas condições)

## Triagem do usuario - Atentar!

- Hipersensibilidade a algum componente da vacina;
- Eventos adversos à doses anteriores da vacina;
- História de convulsão ou doença neurológica;
- Immunodepressão;
- Transfusão de sangue ou hemoderivados;
- Utilização de imunoglobulinas recentemente;
- Gestação

**Verificar contra-indicacoes especificas de cada  
imunizante**



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

UNIDADE: \_\_\_\_\_

DATA DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

ORIGEM DA FALHA: ( ) REFRIGERADOR ( ) REDE ELÉTRICA | HOVE DEGEO: ( ) SIM ( ) NÃO

TEMPERATURA REGISTRADA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA: MÁX \_\_\_\_; MIN \_\_\_\_; MOMENTO \_\_\_\_\_

ÚLTIMA TEMPERATURA VERIFICADA ANTES DA OCORRÊNCIA: MÁX \_\_\_\_; MIN \_\_\_\_; MOMENTO \_\_\_\_\_

IMUNOBIOLOGICOS DEVOLVIDOS:

IMUNO	QTD/DOSES	LOTE	VALIDADE
BCG			
HEPATITE B			
VIP			
VOP			
PNEUMO 10			
VARH			
PENTA			
MENINGO C			
T.VIRAL			
TETRA VIRAL			
VARICELA			
HEPATITE A			
DTP			
HPV			
GL			
VARH			

ARRUMAÇÃO DAS CAIXAS TÉRMICAS PARA TRANSPORTE DE VACINAS:



RELATÓRIO DETALHADO DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Contraindicações comuns a todo imunobiológico

- Hipersensibilidade a dose anterior a qualquer vacina;
- Hipersensibilidade a qualquer componente da vacina;

# Situações especiais

(Avaliar as particularidades para a indicação ou não da vacinação)

➤ Usuários que fazem uso de terapia com corticosteroides em **dose imunossupressora** devem ser vacinados com intervalo de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga.

Dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias.

# ADIAMENTO

- Doença febril grave
- Usuário de dose imunossupressora de corticoide – vacine 90 dias após a suspensão ou o término do tratamento.
- Usuário que necessita receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados – não vacine com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos

## Situações especiais

(Avaliar as particularidades para a indicação ou não da vacinação)

- Infectados pelo HIV é necessário avaliar cada caso, considerando-se que há grande heterogeneidade de situações, desde o soropositivo (portador assintomático) até o imunodeprimido, com a doença instalada.
- Crianças filhas de mãe com HIV positivo, menores de 18 meses de idade, que não apresentam alterações imunológicas e não apresentam sinais ou sintomas clínicos indicativos de imunodeficiência, podem receber todas as vacinas dos calendários de vacinação e as disponíveis no CRIE o mais precocemente possível.
- Usuários com imunodeficiência clínica ou laboratorial grave não devem receber vacinas de agentes vivos atenuados.
- Transplantados de medula óssea deve ser encaminhado ao CRIE de seis a doze meses após o transplante, para revacinação conforme indicação.

# FALSAS CONTRA INDICACOES

- Uso de antibiótico, profilático ou terapêutico e antiviral.
- Tratamento com corticosteroides em dias alternados em dose não imunossupressora.
- Uso de corticosteroides inalatórios ou tópicos ou com dose de manutenção fisiológica.

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

### Formulário de Cadastro do Paciente

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Raça: \_\_\_\_\_  
Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### Formulário de Notificação

Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imunobiológico	Dose	Laboratório	Lote	Via de Administração	Local de Aplicação	Indicação	Especialidade	Estabelecimento
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										

#### Gestante:

Sim  Não  Ignorado  
Mês de gestação no momento da vacinação:

\_\_\_\_\_

#### Mulher Amamentando:

Sim  Não

#### Criança em Aleitamento Materno:

Sim  Não

#### Eventos Adversos ou Erros de Imunização

Descrever em detalhes, incluindo data de início de cada evento ocorrido, data de término e duração

#### Classificação:

- Não Grave (NANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;  
 Grave (SAG) – Vide Anexo I;  
 Erro de imunização (EI)

#### Responsável pelo Preenchimento da Notificação:

Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DE DUQUE DE CAXIAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



# CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO - CRIANÇA 2020

# CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA - 2020

(Recomendações de Vacinação no Estado do Rio de Janeiro)

IDADE	VACINA	DOSE	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	LADO	AGULHA RECOMENDADA	OBSERVAÇÕES
Ao nascer	BCG	DU	0,1 mL <sup>(1)</sup>	ID	Inserção inferior do deltoide	DIREITO	13X3,8	Vacinar crianças com peso > 2kg; Pode ser administrada até 4a 11m 29 dias Vacinar crianças até 30 dias de vida
	Hepatite B	D1	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO	20X5,5 ou 25X6	
2 meses	Pneumocócica 10-V	D1	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO PROXIMAL	20X5,5 ou 25X6	1 mês e 15 dias até 3 meses e 15 dias
	VIP	D1	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO DISTAL	20X5,5 ou 25X6	
	Pentavalente	D1	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	
	Rotavírus	D1	1,5 mL	VO	CO	-	-	
3 meses	Meningocócica C	D1	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	
4 meses	Pneumocócica 10-V	D2	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO PROXIMAL	20X5,5 ou 25X6	3 meses e 15 dias até 7 meses e 29 dias
	VIP	D2	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO DISTAL	20X5,5 ou 25X6	
	Pentavalente	D2	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	
	Rotavírus	D2	1,5 mL	VO	CO	-	-	
5 meses	Meningocócica C	D2	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	
6 meses <sup>(2)</sup>	VIP	D3	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO	20X5,5 ou 25X6	
	Pentavalente	D3	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	
9 meses	Febre Amarela	D1	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5	
12 meses	Pneumocócica 10-V	R	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO	20X5,5 ou 25X6	Pode ser administrada até 4a 11m 29 dias
	Meningocócica C	R	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	Pode ser administrada até 4a 11m 29 dias
	Tríplice Viral	D1	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5	Pode ser administrada até 4a 11m 29 dias
15 meses	VOP	R1	2 gotas	VO	CO	-	-	Pode ser administrada até 4a 11m 29 dias Pode ser administrada até 4a 11m 29 dias Pode ser administrada até 6a 11m 29 dias
	DTP	R1	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	
	Hepatite A	DU	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO	20X5,5 ou 25X6	
	Tríplice Viral	D2	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5	
4 anos	Varicela	D1	0,5 mL	SC	Região deltoideana	ESQUERDO	13x4,5	Pode ser administrada até 6a 11m 29 dias
	VOP	R2	2 gotas	VO	CO	-	-	Pode ser administrada até 6a 11m 29 dias Pode ser administrada até 6a 11m 29 dias
	DTP	R2	0,5 mL	IM	Deltoide	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	
	Varicela	D2	0,5 mL	SC	Região deltoideana	ESQUERDO	13x4,5	
Febre Amarela	R	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5		

<sup>(1)</sup> Para a BCG do Laboratório Serum Institute of India na dose em menor de 1 ano o volume é de 0,05 mL (com seringa específica).

<sup>(2)</sup> Vacina Influenza - Recomendada para CRIANÇAS a partir de 6 meses de idade conforme Informe Técnico da Campanha Anual de Vacinação contra a Influenza.

\* VLC = Vasto lateral da Coxa ; CO = Cavidade Oral.



# Vacinação simultânea

De um modo geral, as vacinas dos calendários de vacinação podem ser administradas simultaneamente sem que ocorra interferência na resposta imunológica, exceto as vacinas **FA, tríplice viral, contra varicela e tetra viral**, que devem ser administradas com intervalo de 30 dias em primovacinados menores de 2 anos 11 meses e 29 dias (Exceto em situações especiais conforme preconizado na PNI).

## Vacina Penta Rede pública x Penta Rede Particular

Penta Rede pública : Difteria, tétano, coqueluche, haemophilus influenzae b e hepatite b.

Penta Rede Particular: Difteria, tétano , coqueluche,, haemophilus influenzae b, VIP.

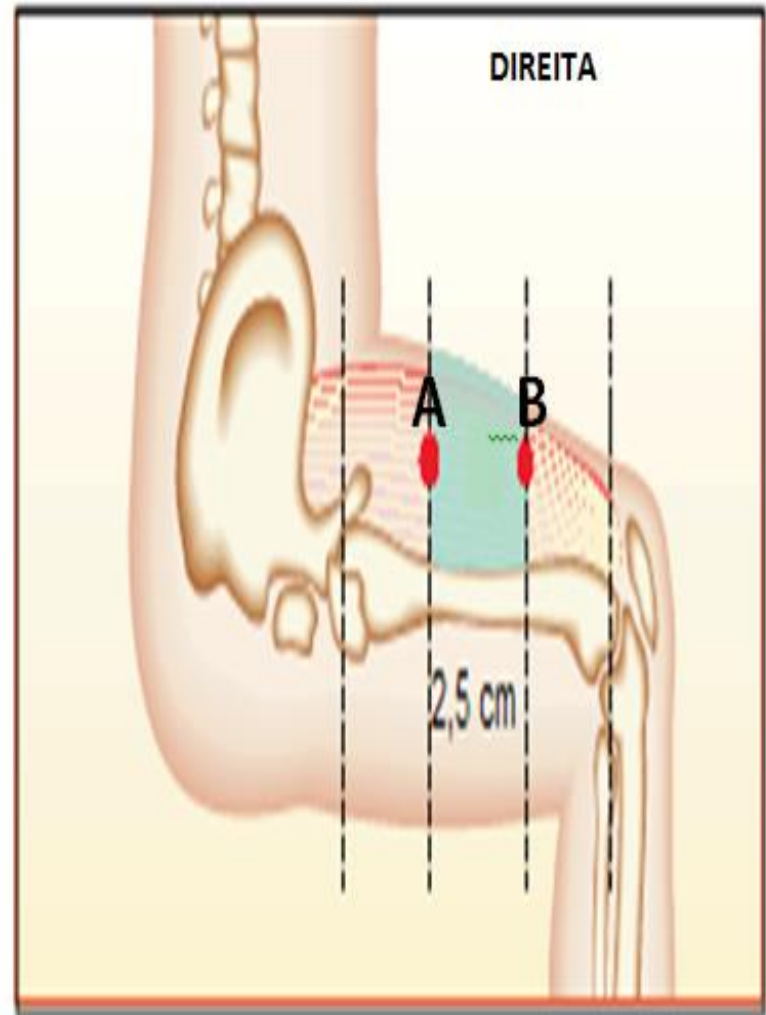
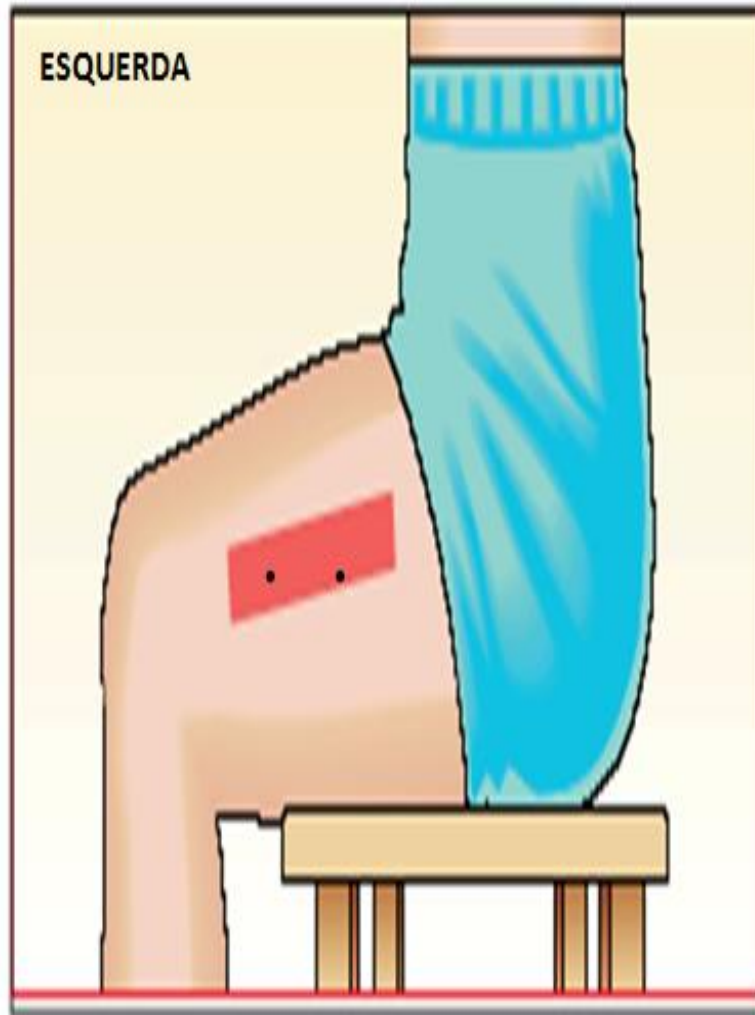
### Vacina Hexavelente (particular)

Difteria, tétano, coqueluche, haemophilus influenzae b, hepatite b e VIP

# MENINGO C (orientação temporária)

<p><b>De 05 a 10 anos, 11 meses e 29 dias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Com pelo menos 01 dose:</b> considerar vacinada. Não administrar dose.</li><li>● <b>Sem comprovação de dose:</b> administrar DU.</li></ul>
---	---

FONTE: COMUNICADO CGPNI/DEIDT/SVS/MS DE 07 DE JULHO DE 2021.



**VLC =Vasto Lateral da Coxa**

**D = Deltóide**

**A – PROXIMAL**

**B – DISTAL**



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DE DUQUE DE CAXIAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



# CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE 2020

# CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE - 2020

(Recomendações de Vacinação no Estado do Rio de Janeiro)

VACINA	ESQUEMA	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	LADO	AGULHA RECOMENDADA	OBSERVAÇÕES
HPV	2 doses (0, 6 meses)	0,5 mL	IM	Deltoide	DIREITO	25X6 ou 25X7	Recomendada para meninas entre 9 e 14 anos de idade Recomendada para meninos entre 11 e 14 anos de idade
Hepatite B	3 doses (0, 1 e 6 meses) - considerar doses anteriores	0,5 mL	IM	Deltoide	DIREITO	25X6 ou 25X7	Avaliação da dose por faixa etária conforme fabricante
Dupla Adulto (dT)	Reforço a cada 10 anos - considerar doses anteriores de Penta e DTP	0,5 mL	IM	Deltoide	ESQUERDO	25X6 ou 25X7	Em caso de gestantes, consultar esquema de dTpa
dTpa	1 dose ou reforço	0,5 mL	IM	Deltoide	ESQUERDO	25X6 ou 25X7	Recomendada para gestantes a partir da 20ª semana de IG e puerpério imediato - considerar doses anteriores de dT
Tríplice Viral	2 doses (intervalo mínimo de 30 dias entre as doses) - considerar doses anteriores	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5	Esquema recomendado até 19 anos
Meningocócica ACWY Conjugada <sup>(1)</sup>	1 dose ou reforço	0,5 mL	IM	Deltoide	ESQUERDO	25X6 ou 25X7	(A) Substitui a Vacina Meningocócica C Conjugada para adolescentes de 11 e 12 anos (a partir de junho de 2020 no ERJ); (B) Considerar 30 dias de intervalo da Meningo C caso tenha sido administrada anteriormente
Febre Amarela	1 dose	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5	(A) Pessoas a partir de 5 (cinco) anos de idade, não vacinadas ou sem comprovante de vacinação: aplicar 1 (uma) dose que será válida para toda a vida; (B) Se a pessoa tiver recebido uma dose da vacina antes de completar (5) cinco anos de idade, está indicada a dose de reforço, independentemente da idade em que o indivíduo procure o serviço de vacinação; (C) Gestantes e Nutrizes deverão ser avaliados com relação ao cenário epidemiológico e orientações da Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação

<sup>(1)</sup>Informe Técnico - Orientações Técnico-operacionais para a Vacinação dos Adolescentes com a Vacina Meningocócica ACWY (conjugada), introduzida em junho de 2020 na Rotina e CRIE no ERJ.

OBS: Vacina Influenza - Recomendada para ADOLESCENTES que façam parte dos grupos prioritários conforme Informe Técnico da Campanha Anual de Vacinação contra a Influenza.

**As Vacinas TRIVIRAL e DUPLA VIRAL são extremamente sensíveis à variação de temperatura, podendo ser inativadas facilmente.**

**Necessitam de controle rigoroso de temperatura durante o processo de armazenagem, logística, preparo e manipulação.**

**➤ Não engravidar por 30 dias após a vacinação.**



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DE DUQUE DE CAXIAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



# CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DO ADULTO E DO IDOSO ( A PARTIR DE 20 ANOS DE IDADE ) 2020



# CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DO ADULTO E IDOSO - 2020

(Recomendações de Vacinação no Estado do Rio de Janeiro)

VACINA	ESQUEMA	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	LADO	AGULHA RECOMENDADA	OBSERVAÇÕES
Hepatite B	3 doses (0, 1 e 6 meses) - considerar doses anteriores	1,0 mL	IM	Deltoide	DIREITO	25X6 ou 25X7	Avaliação da dose por faixa etária conforme fabricante
Dupla Adulto (dT)	Reforço a cada 10 anos - considerar doses anteriores de Penta e DTP	0,5 mL	IM	Deltoide	ESQUERDO	25X6 ou 25X7	Em caso de gestantes, consultar esquema de dTpa
Triplíce Viral	2 doses (intervalo mínimo de 30 dias entre as doses) - considerar doses anteriores	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5	Esquema recomendado de 20 a 29 anos
	Dose Única	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5	Esquema recomendado de 30 a 59 anos
dTpa	1 dose	0,5 mL	IM	Deltoide	ESQUERDO	25X6 ou 25X7	Recomendada para: (1) Gestantes a partir da 20ª semana de IG ou no puerpério imediato; e (2) Profissionais de saúde e parteiras - considerar doses anteriores de dT
Influenza	Dose anual	0,5 mL	IM	Deltoide	DIREITO	25X6 ou 25X7	Recomendada para os IDOSOS e demais grupos prioritários definidos pela CGPNI conforme Informe Técnico da Campanha Anual de Vacinação contra a Influenza e indicações do CRIE
Febre Amarela	1 dose	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5	(A) Pessoas entre 05 a 59 anos de idade, não vacinadas ou sem comprovação de vacinação: aplicar 1 (uma) dose que será válida para toda a vida; (B) Se a pessoa tiver recebido somente uma dose da vacina antes de completar 05 anos de idade, estará indicada a dose de reforço, independentemente da idade em que o indivíduo procure o serviço de vacinação; (C) Idosos, Gestantes e Nutrizes deverão ser avaliados com relação ao cenário epidemiológico e orientações da Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação
Pneumocócica 23 Valente	1 dose e 1 reforço (05 anos após a primeira dose)	0,5 mL	IM	Deltoide	ESQUERDO	25X6 ou 25X7	Recomendada para os IDOSOS ACAMADOS e ASILADOS durante a realização da Campanha Anual de Vacinação contra a Influenza e indicações do CRIE

# Vacinação de Gestantes

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esquema vacinal desconhecido</li> <li>Não vacinada</li> </ul>	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ª dose dT (qualquer idade gestacional)</li> <li>2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira)</li> <li>3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa</li> <li>A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores</li> <li>Para gestantes em áreas de difícil acesso, administrar dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações nesse quadro, visando não perder a oportunidade</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esquema incompleto</li> </ul>	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esquema com três doses de dT</li> </ul>	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vacinação completa</li> </ul>	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforço preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação</li> </ul>	

Hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema vacinal desconhecido</li> <li>• Não vacinada</li> <li>• HBsAg (-) e Anti-HBs &lt; 10</li> </ul>	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª dose (após a 14ª semana de gestação)</li> <li>• 2ª dose (após 30 dias da primeira)</li> <li>• 3ª dose (após seis meses da primeira)</li> </ul>	—
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema incompleto</li> </ul>	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforme o número de doses faltantes</li> </ul>	
Influenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em qualquer período gestacional</li> </ul>	Dose única	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose única</li> </ul>	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério

**COVID 19:** Em qualquer idade gestacional

- **Nunca vacinar gestantes com Astrazeneca!**

# AMPLIAÇÃO DA FAIXA ETARIA DA VACINA HPV PARA MULHERES COM IMUNOSSUPRESSÃO

<b>Grupo de idade</b>	<b>Indicação</b>
Mulheres de 9 a 45 anos vivendo com HIV-Aids, transplantados de órgão sólidos e medula óssea e pacientes oncológicas.	Três doses da vacina HPV (0, 2 e 6 meses)

# VACINA ANTI-RABICA

Locais disponíveis

- ✓ CMS (1º distrito)
- ✓ UPH Imbarie (3º distrito)

# VALIDADE DOS IMUNOBIOLOGICOS

VACINA	NOME ABREVIADO	VALIDADE APÓS ABERTURA DO FRASCO
Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Pertussis	DTP	Butantan – 15 dias Serum Institute of Índia – 4 semanas
Vacina Adsorvida Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B (Recombinante) e Hoemophilus Influenzae B (Conjugada)	PENTA	Serum Institute of Índia: Unidose –uso imediato;– 4 semanas Biological – uso imediato
Vacina Adsorvida Hepatite A (Inativa) Infantil	HA	Uso imediato
Vacina BCG	BCG	6 horas
Vacina Febre Amarela (Atenuada)	FA	6 horas
Vacina Hepatite B (Recombinante)	HB recombinante	LG – 28 dias Butantan – 15 dias Sanofi Pasteur – 10 dias Serum Índia – 28 dias

# VALIDADE DOS IMUNOBIOLOGICOS

Vacina Meningocócica C (Conjugada)	MncC	Uso imediato
Vacina Poliomielite 1 e 3 (Atenuada)	VOP	Bio-Manguinhos - 5 dias
Vacina Poliomielite 1,2 e 3 (Inativada)	VIP	Sanofi Pasteur – 28 dias
Vacina Rotavírus Humano G1P1 [8] (atenuada)	VORH	Uso imediato
Vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola	SCR	Bio-Manguinho – 8 horas Sanofi Pasteur – uso imediato Serum Institute of Índia – 6 horas
Vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (Atenuada)	SCRV	Uso imediato
Varicela	Varicela	Uso imediato
Vacina Adsorvida Difteria e Tétano Adulto	dT	Serum Índia – 4 semanas



# DÚVIDAS E ATRASOS

IMUNOS	VACINAÇÃO BÁSICA	DÚVIDAS / ATRASO
BCG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ao nascer . Preferencialmente nas primeiras 12 hs. ( Dose única )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Até 4 anos , 11 meses e 29 dias Contatos hanseníase :</li> <li>&lt; 1 ano com cicatriz BCG : não vacinar</li> <li>&gt; 1 ano sem cicatriz : administrar 1 dose .</li> <li>&gt; 1 ano com cicatriz : administrar outra dose ( manter intervalo mínimo de 6 meses entre as doses ) .</li> <li>Contato domiciliar com 2 cicatrizes : não vacinar HIV</li> <li>Crianças filha de mãe HIV positivo: vacinar até 18 meses se assintomática .</li> <li>Crianças de 18 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias : vacinar após sorologia negativa para HIV. Para estas crianças é contra indicada revacinação</li> <li>A partir de 5 anos não vacinar portadores de HIV ( mesmo assintomático)</li> </ul>
HEPATITE B	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - 1 - 6 meses</li> <li>Ao nascer. Até 30 dias de vida</li> <li>Gestantes</li> <li>Adolescentes e adultos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem comprovação administrar 3 doses ( Intervalo 0 , 30 e 180 dias). Avaliar Penta.</li> <li>Não reiniciar esquema comprovado , completar.</li> <li>Avaliar dose por faixa etária e fabricante.</li> <li>&gt; 1 mês não vacinada, agendar a Penta para 2 meses de idade.</li> </ul>
PENTAVALENTE ( DPT + HEPATITE B + Hib )	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 – 4 – 6 meses ( 3 doses )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Até 6 anos, 11 meses e 29 dias ;</li> </ul>
DTP	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 meses ( 1º reforço )</li> <li>4 anos ( 2º reforço )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Até 6 anos, 11 meses e 29 dias</li> <li>Administrar 1º reforço 6 meses após completar o esquema básico .</li> <li>Criança de 4 a 6 anos sem nenhum reforço : fazer apenas 1 reforço .</li> </ul>
VIP	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 – 4 – 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Até 4 anos , 11 meses e 29 dias</li> <li>Criança filho de mãe HIV positivo <b><u>deve receber esquema básico e reforços com VIP</u></b></li> </ul>
VOP (b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 meses ( 1º reforço )</li> <li>4 anos ( 2º reforço )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não precisa fazer intervalo para alimentação.</li> <li>Não repetir a dose se a criança cuspir ou vomitar.</li> </ul>

IMUNO	VACINAÇÃO BÁSICA	DÚVIDAS / ATRASO
<b>PNEUMO 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 – 4 meses ( 2 doses )</li> <li>• 12 meses ( reforço )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Criança entre 1ano a 4 anos, 11m e 29 dias :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem comprovação de esquema receberá apenas 1 dose ( DU ).</li> <li>• Esquema incompleto fazer apenas a dose de Reforço.</li> </ul> </li> </ul>
<b>MENINGO C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 – 5 meses ( 2 doses )</li> <li>• 12 meses ( reforço )</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>VORH</b> <b>Bisnaga para uso ORAL</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 meses ( 1ª dose )</li> <li>• 4 meses ( 2ª dose )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª dose pode ser administrada até 3 meses e 15 dias</li> <li>• 2ª dose pode ser administrada até 7 meses e 29 dias</li> <li>• Intervalo ideal 60 dias e mínimo 30 dias entre as doses</li> <li>• Se a criança regurgitar , cuspir ou vomitar após a vacinação <b>NÃO REPETIR A DOSE.</b></li> </ul>
<b>TRÍPLICE VIRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 meses ( 1ª dose )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose aplicada antes de 12 meses, não computar e manter o esquema vacinal.</li> <li>• Após os 15 meses, fazer a D1 de Tríplice Viral e agendar 30 dias após, Tríplice Viral + Varicela = Tetra Viral .</li> <li>• Não aplicar em gestante. Considerar vacinado:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 meses a 29 anos com 2 doses de sarampo , rubéola e caxumba ( Tríplice Viral )</li> <li>• 30 anos a 49 anos com 1 dose de sarampo e rubéola ( Dupla Viral ) .</li> </ul> </li> </ul>
<b>TETRA VIRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na indisponibilidade da Tetra Viral, fazer TV ( D2 ) + Varicela ( D1 ) .</li> <li>• Até 4 anos , 11 meses e 29 dias</li> </ul>
<b>HEPATITE A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Até 4 anos , 11 meses e 29 dias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>dT</b></li> <li><b>dTpa ( Adulto )</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 doses ( intervalo 60 dias )</li> <li>• 1 reforço a cada 10 anos</li> <li>• dTpa - A partir da 20ª semana de gestação até 45 dias após parto ( puerpério )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À partir de 7 anos</li> <li>• Não reiniciar esquema comprovado , completar. Gestante :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar dT em qualquer período gestacional .</li> <li>• Esquema completo, fazer reforço com dTpa – a partir da 20ª semana gestacional até o puerpério imediato ( 45 dias após o parto )</li> <li>• Esquema incompleto fazer 1 dose de dTpa ( a partir da 20ª semana gestacional ) e completar com dT .</li> <li>• Com esquema completo : fazer 1 dose de dTpa a cada gestação . Esta dose será contada para o próximo reforço .</li> </ul> </li> </ul>

IMUNO	VACINAÇÃO BÁSICA	DÚVIDAS / ATRASO
HPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meninas: 9 a 14 anos , 11 meses e 29 dias )</li> <li>• Meninos: 11 a 14 anos, 11 meses e 29 dias )</li> <li>• 0 – 6 ( 2 doses )</li> <li>• OBS. : O PNI reforça que os vacinados deste grupo devem ser acompanhados pelo menos 15 minutos após receber esta vacina, e, orientados a retornar ao serviço de Saúde se apresentar qualquer reação vacinal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contra-indicação em GESTANTE</li> <li>• Meninas / Meninos com apenas D1, devem receber D2</li> <li>• Meninas / Meninos com D1 aos 14 anos, D2 com intervalo mínimo de 6 meses até máximo de 12 meses</li> <li>• NÃO iniciar esquema para maiores de 14 anos, 11 meses e 29 dias</li> <li>• Esquema completo com HPV bivalente NÃO devem ser revacinadas.</li> <li>• Até 26 anos, convivendo com HIV / AIDS, transplantados e oncológicos em uso de quimioterapia e radioterapia administrar 3 doses ( 0 - 2 meses – 6 meses )</li> <li>➤ <b>PARA ESTE GRUPO MANTEM A NECESSIDADE DE PRESCRIÇÃO MÉDICA.</b></li> </ul>
MENINGO ACWY	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescente 11 a 12 anos, 11meses e 29 dias .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose Única ou Reforço</li> </ul>
FEBRE AMARELA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 meses de idade .</li> <li>• Reforço : 4 anos .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças &gt;5 anos que recebeu uma dose antes de completar 5 anos devem receber dose de Reforço, independente da idade.</li> <li>• Manter intervalo de 30 dias entre a dose de Tríplice Viral ou Tetra Viral com a Febre Amarela, em <b>primovacinados &lt; de 2 anos</b> .</li> <li>• 5 anos até 59 anos – DU</li> <li>• Acima de 60 anos com prescrição médica</li> </ul>
VARICELA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 anos ( 2ª Dose )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicado para crianças que já tenham D1 Varicela .</li> <li>• Caso não tenha, administrar D1 e aprazar a D2, intervalo de 30 dias.</li> <li>• Até 6 anos, 11 meses e 29 dias.</li> </ul>

# COVID-19

## Registros Definitivos

LABORATÓRIO

---

DOSES

Astrazeneca/Oxford  
(Fiocruz)



Pfizer  
(BioNTech)



## Aprovadas para uso emergencial

LABORATÓRIO

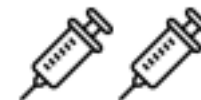
---

DOSES

Janssen  
(Johnson & Johnson)



CoronaVac  
(Butantan)



<b>Especificações Técnicas</b>	<b>SINOVAC/BUTANTAN</b>
Plataforma	Vacina Covid-19 vírus inativado (Coronovac)
Indicações de Uso	Maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frasco ampola com 1 dose (monodose) Frasco ampola com 10 doses (multidoses)
Via de Administração	Intramuscular (preferencialmente no deltoide esquerdo)
Esquema Vacinal/Intervalo	2 doses de 0,5 ml Intervalo de 2 a 4 semanas.
Composição por Dose	0,5 ml contém 600 SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV2. <u>Excipientes:</u> hidróxido de alumínio, hidrogenofosfato dissódico, di-hidrogenofosfato de sódio, cloreto de sódio, água para injetáveis e hidróxido de sódio para ajuste de pH. A solução apresenta-se límpida, opalescente.
Prazo de Validade e Conservação	12 meses a partir da data de fabricação, entre +2 C° a +8 C°
Estabilidade após Abertura do Frasco	8 horas após abertura do frasco, em temperatura +2 C° a +8 C°
Cuidados na aspiração da dose	Observar a coloração da solução e qualquer alteração descartar. Possui hidróxido de alumínio, havendo necessidade de homogeneização do produto antes de aspirar a dose.



<b>Especificações Técnicas</b>	<b>AstraZenica/Fiocruz</b>
Plataforma	Vacina Covid-19 recombinante (Covishield)
Indicações de Uso	Maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão Injetável
Apresentação	Frascos ampola com 10 doses (multidoses).
Via de Administração	Intramuscular (preferencialmente no deltoide esquerdo).
Esquema Vacinal/Intervalo	2 doses de 0,5 mL Intervalo de 4 a 12 semanas.
Composição por Dose	0,5 mL contém $5 \times 10^{10}$ partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S). Produzido em células renais embrionárias humanas (HEK) 293 geneticamente modificadas. <u>Excipientes:</u> L-Histidina, cloridrato de L-histidina monohidratado, cloreto de magnésio hexaidratado, polissorbitato 80, etanol, sacarose, cloreto de sódio, edetato dissódico di-hidratado (EDTA) e água para injetáveis. É uma suspensão incolor a levemente amarronzada.
Prazo de Validade e Conservação	24 meses a partir da data de fabricação, entre +2 C° a +8 C°
Estabilidade após Abertura do Frasco	6 horas, entre +2 C° a +8 C°
Cuidados na aspiração da dose	Na presença de partículas ou descoloração da solução, descartar o frasco.

<b>ESPECIFICACOES TECNICAS</b>	<b>JANSSEN</b>
PLATAFORMA	<b>Adenovirus tipo 26 e DNA recombinante</b>
INDICACOES DE USO	<b>Igual ou maior a 18 anos</b>
FORMA FARMACEUTICA	<b>Suspensao injetavel</b>
APRESENTACAO	<b>Frasco ampola com 5 doses</b>
VIA DE ADMINISTRACAO	<b>Intramuscular (IM), deltóide E</b>
ESQUEMA VACINAL	<b>Duas doses, intervalo de 2 a 6 meses</b>
PRAZO E VALIDADE DE CONSERVACAO	<b>2 a 8 °C por 5 meses</b>
ESTABILIDADE APÓS ABERTURA DO FRASCO	<b>6 horas, entre 2 °C e 8 °C</b>
CUIDADOS NA ASPIRACAO DA DOSE	<b>Suspensão incolor a ligeiramente amarela, límpida a muito opalescente</b>



<b>ESPECIFICACOES TECNICAS</b>	<b>PFIZER</b>
PLATAFORMA	<b>RNA mensageiro</b>
INDICACOES DE USO	<b>Igual ou maior a 12 anos</b>
FORMA FARMACEUTICA	<b>Suspensao injetavel</b>
APRESENTACAO	<b>Frasco ampola com 6 doses</b>
VIA DE ADMINISTRACAO	<b>Intramuscular (IM)</b>
ESQUEMA VACINAL	<b>Duas doses de 0,3 ml Intervalo 21 dias a 12 semanas entre as doses</b>
PRAZO E VALIDADE DE CONSERVACAO	<b>2 a 8 °C por 5 dias</b>
ESTABILIDADE APÓS ABERTURA DO FRASCO	<b>6 horas, entre 2 °C e 8 °C</b>
CUIDADOS NA ASPIRACAO DA DOSE	<b>Utilizar seringa com pouco volume morto</b>

## Agulha e Seringa de BAIXO VOLUME MORTO (LDV)

### Características de seringas e agulhas de LDV



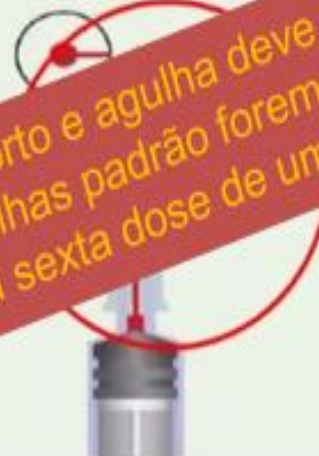
Agulha e  
seringa com  
**ELEVADO**  
volume morto

provável  
padrão  
com seringas padrão



Seringa  
modificada com  
**REDUZIDO**  
volume morto

As **SERINGAS LDV** têm  
**êmbolos adaptados ao  
luer cone**, permitindo que  
o líquido seja totalmente  
libertado da ponta da  
seringa durante a injeção



As **AGULHAS LDV** têm  
uma **extensão da agulha**  
que se ajusta à abertura  
de algumas seringas  
padrão, permitindo uma  
redução do espaço morto



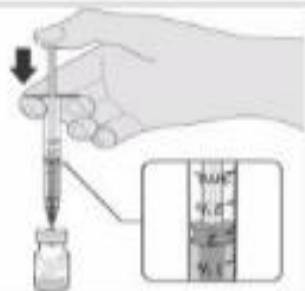
do-em-um"  
com **BAIXO**  
volume morto

As **SERINGAS COM  
AGULHA FIXA**  
apresentam baixos  
volumes mortos e, na  
maioria dos casos,  
permitem a extração de  
6 doses de COMIRNATY

A combinação de seringa de baixo volume morto e agulha deve ter um volume morto não superior a 35 microlitros. Se seringas e agulhas padrão forem usadas, pode não haver volume suficiente para extrair a sexta dose de um único frasco.

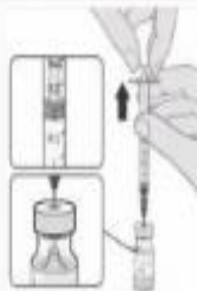


## Diluição



1,8 mL de solução injetável  
de cloreto de sódio 0,9%

- A vacina descongelada deve ser **diluída no frasco original com 1,8 mL de solução injetável de cloreto de sódio 9 mg/mL (0,9%)**, utilizando uma agulha de calibre igual ou inferior a 21, seringa de 3ml a 5 ml e técnicas assépticas.



Puxar o êmbolo até 1,8 mL  
para retirar o ar do frasco

- **Igualar a pressão do frasco** antes de retirar a agulha do hatoque de borracha do frasco, retirando 1,8 mL de ar para dentro da seringa de diluição vazia.



## Diluição



Inverter suavemente x 10

- **Inverta suavemente** a dispersão diluída 10 vezes. **Não agite.**
- A vacina diluída deve apresentar-se como uma dispersão esbranquiçada, sem partículas visíveis.
  - **Descarte a vacina diluída se observar a presença de partículas ou descoloração.**



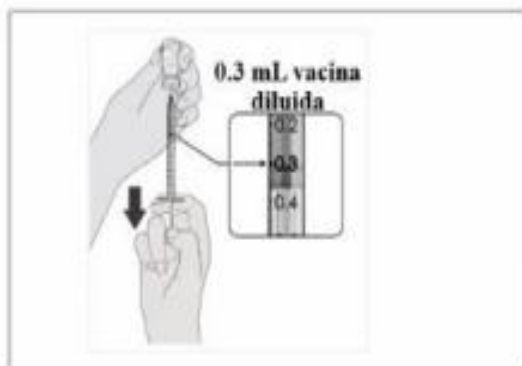
Registrar a data e hora apropriada. Usar no prazo de 6 horas após a diluição

- Os frascos diluídos devem **ser marcados com a data e hora** apropriada.
- Após a diluição conservar **entre 2 °C a 8°C** ou em **ar ambiente** e **utilizar dentro de 6 horas**, incluindo qualquer tempo utilizado para o transporte.
- Não congelar e nem agitar a dispersão diluída.

**Se for refrigerada, permitir que a dispersão diluída atinja a temperatura ambiente antes de ser utilizada.**



## Preparando a dose



- Após a diluição, o frasco contém 2,25 mL com possibilidade de extração de 6 doses de 0,3 mL.
- Usando técnica asséptica, limpe o batoque do frasco com um algodão antisséptico de uso único.
- Retire 0,3 mL de Comirnaty™. Seringas e/ou agulhas de baixo volume morto devem ser usadas para extrair 6 doses de um único frasco.

Cada dose deve conter 0,3 mL de vacina.

Se a quantidade de vacina restante no frasco não puder fornecer uma dose completa de 0,3 mL, descarte o frasco e qualquer volume remanescente.



# Administração simultânea

- As vacinas COVID-19 poderão ser administradas simultaneamente com as demais vacinas do Calendário Nacional ou com qualquer intervalo (Nota Técnica 1203/ 2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS).

# Dose de Reforço

- A partir de 17 de novembro de 2021:
  - **1 dose de reforço para todos os indivíduos com mais de 18 anos de idade, com intervalo de 5 meses** da segunda dose do esquema vacinal dos imunizantes Pfizer, Astrazeneca e Coronavac.
  - **Preferencialmente Pfizer**, de maneira alternativa Astrazeneca ou Janssen, independente do esquema vacinal primário.
  - **Não utilizar Coronavac como reforço!**

(Nota Técnica 59/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS)

# Esquema vacinação COVID 19

De 12-17 anos: - Pfizer / Pfizer

Reforço: Astrazeneca ou Janssen

> 18 anos: - Coronavac / Coronavac

Reforço: Pfizer ou Astrazeneca

- Astrazeneca / Astrazeneca

Reforço: Pfizer ou Janssen



# Contra-indicações:

- Infecção em atividade por COVID-19 ( recomenda-se adiar a vacinação por 4 semanas )
- Imunocomprometidos, tratamento oncológicos, transplantados ( somente com autorização escrita do médico assistente )
- Alergia a qualquer um dos componentes da Vacina
- Paciente com febre, doença aguda e início agudo de doenças crônicas



<b>PFIZER BABY (Tampa vinho)</b> Crianças de <b>6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias</b>	Via de Administração INTRAMUSCULAR Ântero lateral da coxa E <b>Dose: 0,2ml (Diluir com 2,2 ml SF 0,9%)</b> D1 e D2 ( intervalo de 4 semanas) D2 e D3 ( intervalo de 8 semanas)
<b>PFIZER PEDIATRICA (Tampa laranja)</b> <b>5 anos a 11 anos, 11 MESES E 29 DIAS</b>	Via de Administração INTRAMUSCULAR Deltóide E <b>Dose: 0,2ml (Diluir com 1,3 ml SF 0,9%)</b> D1 e D2 ( intervalo de 8 semanas) <u>* Ref. 4 meses após D2</u> <i>Crianças que completar 12 anos entre D1 e D2 completar esquema com Pfizer Pediátrica.</i>
<b>PFIZER ADULTO</b> <b>12 anos a 17 anos (GESTANTE OU NÃO)</b>	Via de Administração INTRAMUSCULAR Deltóide E <b>Dose: 0,3ml (Diluir com 1,8 ml SF 0,9%)</b> D1 e D2 ( intervalo de 8 semanas) <u>* Ref. 4 meses após D2</u>
<b>PZIFER ADULTO</b> <b>Acima de 18 anos (gestante ou Não)</b>	Via de Administração INTRAMUSCULAR Deltóide E <b>Dose: 0,3ml (Diluir com 1,8 ml SF 0,9%)</b> D1 e D2 ( intervalo de 8 semanas) <u>* Ref. 4 meses após D2</u> <u>* Ref. 4 meses após D3</u>
<b>CORONAVAC</b> Crianças de 3 e 4 anos	Via de Administração INTRAMUSCULAR Deltóide E <b>Dose: 0,5ml</b> D1 e D2 ( intervalo de 4 semanas) <i>* Ref. 4 meses após D2 (usar pfizer baby ou corona)</i> <b>Em caso de ausência de vacina, seguir o esquema abaixo (Intercambiabilidade)</b> <b><u>*Coronavac Coronavac Ref. Pfizer Baby</u></b> <b><u>*Coronavac Pfizer Baby Ref. Pfizer Baby</u></b> <b><u>*Pfizer Baby Coronavac Ref. Coronavac</u></b>
<b>CORONAVAC</b> <b>12 a 17 anos</b>	Via de Administração INTRAMUSCULAR Deltóide E <b>Dose: 0,5ml</b> D1 e D2 ( intervalo de 4 semanas) <u>* Ref. 4 meses após D2</u>
<b>CORONAVAC</b> <b>Acima de 18 anos</b>	Via de Administração INTRAMUSCULAR Deltóide E <b>Dose: 0,5ml</b> D1 e D2 ( intervalo de 4 semanas) <u>* Ref. 4 meses após D2</u> <u>* Ref. 4 meses após D3</u>
<b>ASTRAZENECA</b> <b>Acima de 18 anos</b> <b>NÃO FAZER GESTANTE</b>	Via de Administração INTRAMUSCULAR Deltóide E <b>Dose: 0,5ml</b> D1 e D2 ( intervalo de 8 semanas) <u>* Ref. 4 meses após D2</u> <u>* Ref. 4 meses após D3</u>
<b>PZIFER BIVALENTE</b> <b>12 anos ou mais*</b> <b>Acima de 18 anos (gestante ou Não)</b>	Via de Administração INTRAMUSCULAR Deltóide E <b>Dose: 0,3ml (Diluir com 1,8 ml SF 0,9%)</b> D1 e D2 ( intervalo de 8 semanas) <u>* Ref. 4 meses após D2</u> <u>* Ref. 4 meses após D3</u> <b>*crianças imunossuprimidas, doentes crônicos ou com dose imunossupressora de córticoesteroides.</b>

Reforços de 12 a 17 anos devem ser feitos com Pfizer adulto ou Coronavac  
Reforços para GESTANTES deverão ser feitos com Pfizer adulto ou Coronavac



## ➤ PRECAUÇÕES GERAIS:

- Em doenças febris agudas, moderadas ou graves, recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro. Com o intuito de não atribuir à vacina as manifestações da doença.

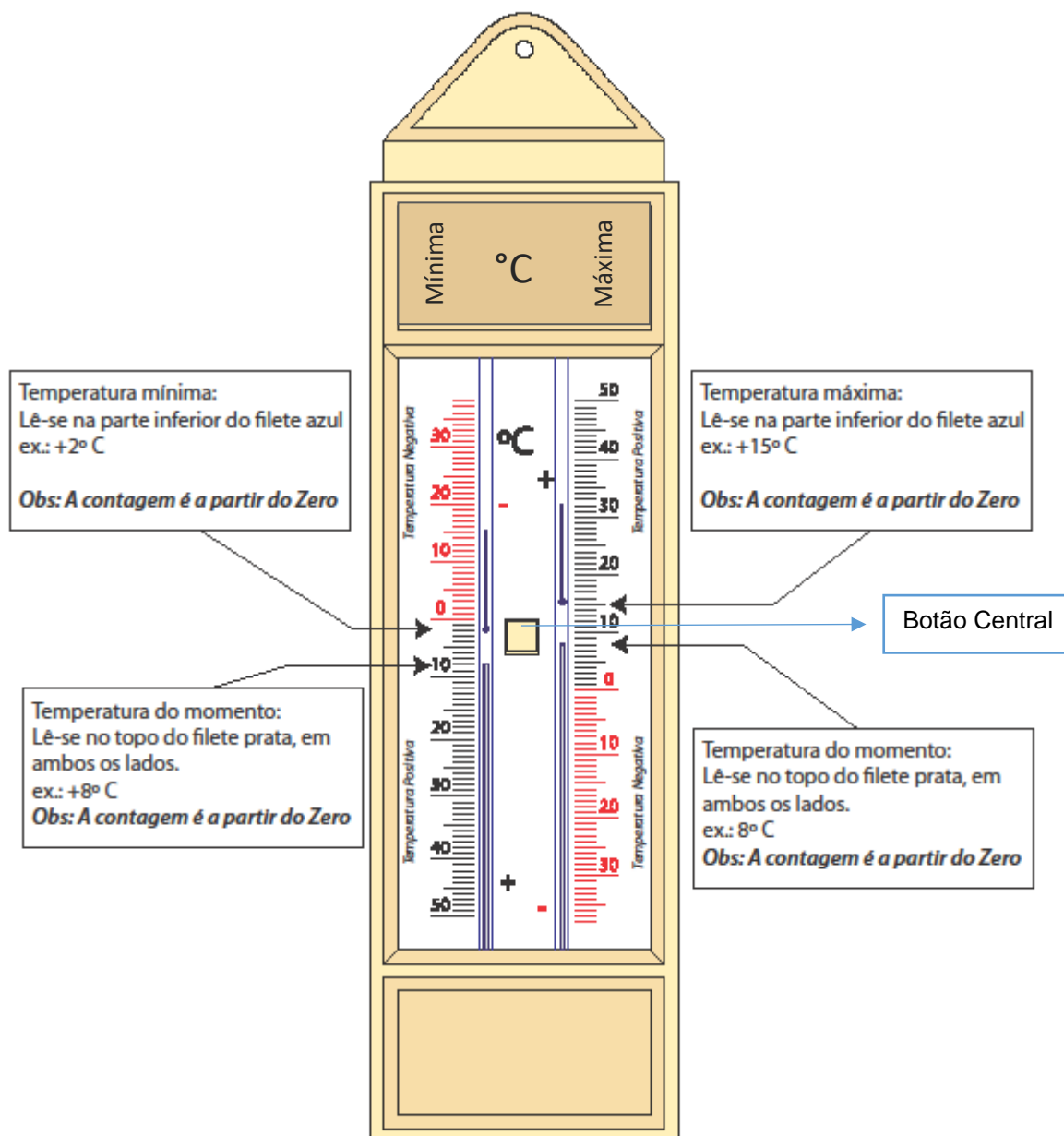
## ➤ CONTRAINDICAÇÕES GERAIS:

- Crianças com hipersensibilidade conhecida a algum componente da vacina, exemplo estreptomicina ou eritromicina;
- Comunicantes ou pessoas com imunodeficiência, neoplasias, HIV uso de terapia imunossupressora
- Crianças com história de Pólio Vacinal associada a doses anterior da vacina.

**O USO DE ANTIBIÓTICOS NÃO IMPEDE  
A VACINAÇÃO !**

**USO DE CORTICÓIDES ( NÃO SENDO  
DOSE IMUNOSSUPRESSORA) NÃO  
CONTRAIINDICA VACINAÇÃO.**

## TERMÔMETRO ANALÓGICO DE MOMENTO, MÁXIMA E MÍNIMA



### INSTRUÇÃO DE USO E REGISTROS:

- **Temperatura Mínima:** indicada no nível inferior do filete azul, na coluna da esquerda.
- **Temperatura Máxima:** indicada no nível inferior do filete azul, na coluna da direita.
- **Temperatura de Momento:** indicada na extremidade superior da coluna de mercúrio (colunas prateadas) em ambos os lados.
- **Botão Central:** Após os procedimentos anteriores, pressioná-lo para anular as temperaturas máxima e mínima anteriores. Desta forma reiniciará um novo o processo.
- **Observações:** anotar qualquer alteração de temperatura, no mapa de Controle Diário de Temperatura, afixado na porta da geladeira.



## RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

UNIDADE: \_\_\_\_\_

DATA DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

ORIGEM DA FALHA: ( ) REFRIGERADOR ( ) REDE ELÉTRICA | HOUE DEGELO: ( ) SIM ( ) NÃO

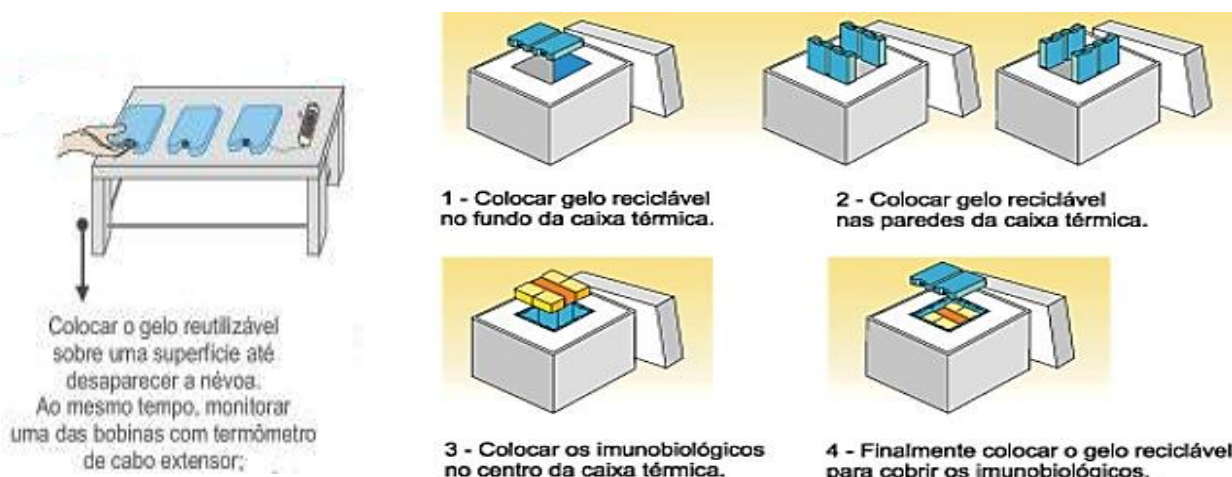
TEMPERATURA REGISTRADA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA: MÁX \_\_\_\_\_; MIN \_\_\_\_\_; MOMENTO \_\_\_\_\_

ÚLTIMA TEMPERATURA VERIFICADA ANTES DA OCORRÊNCIA: MÁX \_\_\_\_\_; MIN \_\_\_\_\_; MOMENTO \_\_\_\_\_

### IMUNOBIOLOGICOS DEVOLVIDOS:

IMUNO	QTD/DOSES	LOTE	VALIDADE
BCG			
HEPATITE B			
VIP			
VOP			
PNEUMO 10			
VORH			
PENTA			
MENINGO C			
T.VIRAL			
TETRA VIRAL			
VARICELA			
HEPATITE A			
DTP			
HPV			
dT			
VARH			

### ARRUMAÇÃO DAS CAIXAS TÉRMICAS PARA TRANSPORTE DE VACINAS:



RELATÓRIO DETALHADO DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Quadro 3. Prazo para utilização das vacinas após abertura do frasco, Brasil, 2020.**

<b>Vacina</b>	<b>Laboratório</b>	<b>Prazo para utilização das vacinas após abertura do frasco</b>
Vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Serum Institute of India	4 semanas
	Biological	4 semanas
Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	Serum Institute of Índia	28 dias
	Biofarma	4 semanas
Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular)	Instituto Butantan	Unidose - Uso imediato
Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	Panacea	Unidose - Uso imediato
	Serum Institute of Índia	Unidose - Uso imediato
Vacina adsorvida hepatite A (inativada) infantil	Instituto Butantan	Unidose - Uso imediato
Vacina BCG	Fundação Atauilpho de Paiva (FAP)	6 horas
	Serum Institute of India	6 horas
Vacina febre amarela (atenuada)	Bio-Manguinhos	6 horas
Vacina hepatite B (recombinante)	Instituto Butantan	15 dias
	Instituto Butantan/LG	10 dias
	LG	10 dias
	Serum Institute of India	28 dias
Vacina papilomavirus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Instituto Butantan	Unidose - Uso imediato
Vacina meningocócica C (conjugada)	Fundação Ezequiel Dias	Unidose - Uso imediato
Vacina meningocócica ACWY (conjugada)	Sanofi Medley Farmacêutica	Unidose - Uso imediato
	GlaxoSmithKline	Unidose - Uso imediato. Possui estabilidade até 8 horas a 25°C
	Pfizer	Unidose - Uso imediato. Possui estabilidade por 8 horas a 30°C
Vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)	Bio-Manguinhos	Unidose - Uso imediato

Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada)	Bio-Manguinhos	5 dias
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)	Bio-Manguinhos	28 dias
Vacina rotavírus humano G1P[8] (atenuada)	Bio-Manguinhos	Unidose - Uso imediato
Vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	Bio-Manguinhos	Após a reconstituição, recomenda-se o uso imediato. No entanto, foi demonstrada a estabilidade, entre 2°C a 8°C, por até 8 horas após a reconstituição
	Serum Institute of India	6 horas
	Merck Sharp&Dome	8 horas
Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)	Bio-Manguinhos	Unidose - Após a reconstituição, recomenda-se o uso imediato. No entanto, foi demonstrada a estabilidade, entre 2°C a 8°C, por até 8 horas após a reconstituição
Vacina varicela (atenuada)	Merck Sharp&Dome	Unidose - Uso imediato
	GlaxoSmithKline	Unidose - A vacina reconstituída pode ser mantida em temperatura ambiente (25°C) por até 90 minutos ou em refrigerador (+ 2°C a + 8°C) por até 8 horas
	Green Cross	Unidose - Uso imediato



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
COORDENADORIA DE IMUNOBIOLOGICOS

## VACINAÇÃO DE BLOQUEIO

CASO:										
ENDEREÇO:										
VACINA UTILIZADA:						DATA:				
	NOME	IDADE	ENDEREÇO	Cartão em Dia		Vacina de Bloqueio				OUTRAS VACINAS
				S	N	S			N	
						Dose	1ª dose	2ª dose		
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

TOTAL DE DOSES DE VACINAS DE BLOQUEIO: \_\_\_\_\_

TOTAL GERAL DE DOSES APLICADAS: \_\_\_\_\_





**QUADRO RESUMO DAS VACINAS BÁSICAS APLICADAS PELO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATUALIZADO 06//2023**

VACINAS	COMPONENTES	INDICAÇÃO	ÉPOCA DE APLICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	IDADE LIMITE	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO Validade APÓS ABERTURA DO FRASCO	CONTRA-INDICAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS (mais frequentes)
<b>BCG</b>	Bacilo vivo atenuado (Calmette guérin)	Tuberculose-Formas miliar e meningea.	A partir do nascimento. Dose única	Liofilizada em ampolas multidoses com diluente (20 doses).	4anos 11meses e 29 dias.	0,1 ml >1 ano  0,05ml <1 ano	Via Intradérmica na inserção inferior do músculo deltóide direito. Seringa tuberculina c/ agulha de <b>13x3,8 ou 13x4,5 mm.</b>	6 horas após diluição.	Peso ao nascer < 2 kg Presença de afecções dermatológicas externas	Formação de abscesso e/ou ulceração local. Linfadernite regional.
<b>HEPATITE B</b>	Engenharia genética	Protege contra a Hepatite B.	Ao nascer até 30 dias de vida. - Crianças e adultos (0,30 e 180 dias).	Líquida,frasco, multido- Ses. (10 doses)	- Avaliar dose por faixa etária e fabricante.	<b>Laboratório Butantan e Serum India</b> 0 a 19 anos: 0,5ml 20 anos: 1 ml <b>LG LIFE</b> 0 a 15 anos: 0,5 ml 16 anos: 1 ml	Via IM Músculo vasto lateral da coxa direita <1 ano, agulha 20x5,5 Maior de 1 ano agulha 25x7.  Deltóide: > 2 anos, agulha 25x7mm.	<b>INSTITUTO BUTANTAN : 15 dias</b> <b>INSTITUTO BUTANTAN / LG : 10 dias</b> <b>SERUM INSTITUTE OF INDIA 28 dias</b>	▪ Febre Doença aguda em atividade	- Reação dor, eritema - Febre raramente
<b>Pentavalente (DPT+Hib + HB)</b>	Toxóide purificado de difteria e tétano B.pertussis inativado Oligossacarídeos Hib Antígeno de superfície da hepatite B, purificado	Protege contra difteria, tétano ,coqueluche Hepatite B. e doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b	Aos 2,4 e 6m.	Frasco-ampola- líquida (0,5ml) a apresentação monodose	< 6 anos 11meses e 29dias.	0,5 ml	Via IM profunda no vasto lateral da coxa esquerda c/ <b>agulha 20 x 5,5mm - &lt;1 ano.</b>  <b>Maior de 1 ano agulha 25x7.</b>	Administração imediata após abertura.	- Histórico de convulsão, EHH, encefalopatia aguda ou choque anafilático em doses anteriores crianças >7 anos.	<b>Local:</b> Dor, eritema, edema, calor, enduração.  <b>Sistêmica:</b> Febre, Sonolência, perda de apetite, agitação, choro persistente, irritabilidade, convulsões e EHH.
<b>VIP (Vacina Inativada da Poliomielite)</b>	Vírus da Poliomielite Inativado Tipo 1, 2, 3	Poliomielite causada por vírus 1,2,3	Aos 2,4 e 6 meses.	Líquida, frasco , Multidoses (10 doses).	< 4 anos 11 meses e 29 dias.	0,5 ml	Via IM Músculo vasto lateral da coxa direita <1 ano, agulha 20x5,5  >1 ano, agulha 25x7	28dias	Reação Anafilática em dose anterior.	<b>Local :</b> Enduração sensibilidade e eritema.  <b>Neurológica:</b> Síndrome de Guillian-Barré
<b>SABIN ( VOP)</b>	Vírus da Poliomielite vivos atenuados.	Poliomielite causada por vírus Tipo 1 e 3	Reforço aos 15 meses e 4 anos	Líquida, Frascos de vidro, multidoses (25 doses), 1 conta-gotas por frasco.	< 4 anos 11meses e 29 dias.	2 gotas	Via Oral (vo)	Até 28 dias.	Febre	-Não são comuns -Pode ocorrer Paralisia aguda e flácida secundária à vacina (raríssimo).



**QUADRO RESUMO DAS VACINAS BÁSICAS APLICADAS PELO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATUALIZADO 06//2023**

VACINAS	COMPONENTES	INDICAÇÃO	ÉPOCA DE APLICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	IDADE LIMITE	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO Validade APÓS ABERTURA DO FRASCO	CONTRA-INDICAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS (mais frequentes)
<b>Vacina Oral do Rotavírus Humano (VORH)</b>	Vírus vivo atenuado	Gastroenterite por Rotavírus.	2 meses 1ª dose 4 meses 2ª dose  1ªdose até 3 meses 15 dias.  2ª dose até 7 meses,e 29 dias.	líquida na bisnaga Monodose (1,5ml)	< 7 meses e 29 dias	Todo conteúdo do frasco (1,5 ml)	Via Oral exclusivamente	Uso imediato	Imunodepressão severa. Uso de imunossuppressores ou quimioterápicos. Histórico de invaginação intestinal ou malformação congênita do trato gastrointestinal.	Febre, Diarréia, Vômito moderado, Perda de apetite; Irritabilidade, dor abdominal, choro intenso e Invaginação intestinal.
<b>Pneumo 10</b>	Polissacarídeos bacteriano purificados com 10 sorotipos de Pneumococo	Infecções invasivas (Sepse, Meningite, Pneumonia e Otite média aguda causada pelo Streptococcus pneumonia.	2 meses 1º dose 4 meses 2º dose 12 meses reforço	Líquida,frasco monodose	< 4 anos 11 meses e 29 dias.	0,5 ml	Via IM profunda vasto lateral da coxa D <1 ano,agulha 20x5,5 >1 ano agulha 25x7 >2 anos Deltóide D	Administração imediata	Hipersensibilidade ao componente da vacina	Anorexia, diarréia, sonolência, dor local, apnéia
<b>Meningo C</b>	Polissacarídeo bacteriano purificado da Neisseria Meningites do Sorogrupo C..	Doença sistêmica causada por Neisseria meningitidis do grupo C.	3 meses 1º dose 5 meses 2º dose 12 meses – reforço	Líquida,frasco monodose	< 4 anos 11 meses e 29 dias.	0,5 ml	Via IM vasto lateral da coxa E  <1 ano, agulha 20x5,5  <b>Maior de 1 ano agulha 25x7.</b> >2 anos deltoide E	Administração imediata	-Hipersensibilidade ao componente da vacina - gestante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anorexia, diarréia,</li> <li>▪ Vômitos, sonolência e mialgia</li> </ul>
<b>ACWY</b>	Polissacarídeo bacteriano purificado da Neisseria Meningites do Sorogrupo A,C,W-135 e Y..	Doença sistêmica causada por Neisseria meningitidis do grupo A,C,W-135 e Y.	11 a 12 anos	Frascos com pó liofilizado + diluente (monodose)	11 a 12 anos	0,5 ml	Intramuscular / Deltóide (E)	Administração Imediata	Doenças agudas febris e hipersensibilidade aos componentes da vacina. - Gestante	Febre, sonolência ou irritabilidade - raro desmaio atribuído a síndrome Vaso – Vagal , podendo levar a queda
<b>TRÍPLICE VIRAL</b>	Vírus vivo atenuado.	Sarampo, Caxumba e Rubéola .	Aos 12 meses	Liofilizada, em frascos, c/ diluente.  5/ 10 Doses  Monodoses	< 59 anos	0,5 ml	Via Subcutânea (SC) agulha de 13x4,5 mm; Região Deltoideana D	6 horas	Imunodeficiência Pacientes em quimio ou Radioterapia Uso prolongado de corticóides. (dose imunossupressora). Reação anafilática ao ovo, neomicina ou kanamicina. * Gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Febre</li> <li>▪ Encefalite</li> <li>▪ Reação anafilática (raro).</li> </ul> -Linfadenoopatia, Cefálea, Conjuntivite. Exantema do 7º ao 14º dia.



QUADRO RESUMO DAS VACINAS BÁSICAS APLICADAS PELO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATUALIZADO 06//2023

VACINAS	COMPONENTES	INDICAÇÃO	ÉPOCA DE APLICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	IDADE LIMITE	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO Validade APÓS ABERTURA DO FRASCO	CONTRA-INDICAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS (mais freqüentes)
HEPATITE A	Vírus inativado	Hepatite A	15 meses	Líquida,frasco monodose	4 anos 11 meses e 29 dias.	0.5 ml	Via IM vasto lateral da coxa direita Agulha 25x7	Uso imediato após abertura do frasco	Hipersensibilidade aos componentes da vacina	▪ Locais : sensibilidade, vermelhidão e edema ▪ Sistêmico: fraqueza, febre, náuseas, Diarréia, vômito,
TETRA VIRAL	Vírus vivos atenuados.	Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela	Aos 15 meses Para crianças que tenham D1 de Triviral. (TV. D2 +Var. D1)	Pó liofilizado e seringa com diluente	6 anos 11 meses e 29 dias.	0,5 ml	Subcutânea (SC) Agulha 13x4,5 mm, Região Deltoideana D	Uso imediato	Imunodeficiência . Pacientes em quimio ou Radioterapia Uso prolongado de corticóides dose imunossupressora). Reação anafilática ao ovo, neomicina ou kanamicina	Local: dor ,edema e vermelhidão, vesículas no local da aplicação. Reações raras:convulsões febris, encefalia,pneumonia, exantemae anafilía.
VARICELA	Vírus vivos atenuado	Varicela	4 anos para crianças que tenham D1 Varicela	Pó liofilizado	6 anos, 11 meses e 29 dias	0,5 ml	Subcutânea (SC) Agulha 13x4,5 mm Região Deltoideana E	Uso imediato	Imunodeficiência; Pacientes em quimio ou Radioterapia; Uso prolongado de Corticóides (dose imunossupressora). Reação anafilática ao ovo, neomicina ou kanamicina	Local: dor ,edema e vermelhidão, vesículas no local da aplicação. Reações raras:convulsões febris, encefalia, pneumonia, exantemae anafilía.
TRÍPLICE BACTERIANA (DTP)	Toxóide purificado de difteria e tétano e células inteiras de Bordetella pertussis	Difteria, Tétano e Coqueluche	1º Reforço aos 15 meses. 2º Reforço aos 4 anos.	Líquida, frasco, multidoses (10 doses).	6 anos 11 meses e 29 dias.	0,5 ml	Via IM esquerda  <2anos vasto lateral coxa agulha 25x7  >2 anos Deltoide agulha 25x7	Butantan: 15 dias  Serum: 4 semanas	Histórico de convulsão, EHH (Episódio Hipotônico Hiporresponsivo) encefalopatia, choque anafilático crianças > 7 anos.	<b>Local:</b> Dor, eritema, edema, calor, endureção.  <b>Sistêmica:</b> Febre, perda de apetite agitação, choro persistente, irritabilidade, convulsões e S.H.H



**QUADRO RESUMO DAS VACINAS BÁSICAS APLICADAS PELO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATUALIZADO 06//2023**

VACINAS	COMPONENTES	INDICAÇÃO	ÉPOCA DE APLICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	IDADE LIMITE	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO Validade APÓS ABERTURA DO FRASCO	CONTRA-INDICAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS (mais frequentes)
<b>dTpa</b>	Toxoíde diftérico, tetânico e Antígeno Pertusses (acelular adulto).	Difteria, tétano e incidência de coqueluche em lactente precoce.	Gestantes a partir 20° semanas	Seringa preenchida monodose ou Frasco ampola Monodose	Aplicar a cada gestação  -Avaliar doses de dT (complementar)  Aplicar até 45 dias após o parto	0,5ml	Via IM Deltoíde E Agulha 25x7	Uso imediato	Anafilaxia e evento neurológico após administração da dT ou dTpa	Dor, eritema, Calor, enduração e convulsões febris.
<b>dT</b>	Toxoíde diftérico e tetânico.	Prevenção do Tétano e difteria. Tétano Neonatal	- 3 doses -Reforço a cada 10 anos.	Líquida, frasco multidoses (10 doses).	Não.	0,5ml	Via IM profunda Deltoíde E. Agulha 25x7	<b>BIOLOGICAL E.:</b> 4 semanas <b>SERUM :</b> 28 dias <b>BIOFARMA:</b> 28 dias	Crianças < 7 anos	Local, dor, edema e enduração.
<b>ANTI-RÁBICA (Cultivo Celular)</b>	Cultura de células (diplóides humanas células vero, célula de embrião de galinha, etc). Vírus inativados.	Profilaxia da Raiva humana.	Conforme a avaliação: -Pré- exposição -Pós-exposição -Reexposição	Liofilizada com diluentes. Monodose.	Não	0,5 ml ou 1,0 ml	Via Intramuscular (até 9 anos) e ID (acima de 10 anos). Deltoídes com agulha 13x4,5 (ID) e 25x7 (IM). <b>Menor de 1 ano</b> vasto lateral da coxa direito, c/ agulha 20 x 5,5mm.	Imediata, após reconstituição	-Não tem contra indicação.	-Reação local, febre, mal estar, náuseas e cefaléia. - Pápulas urticariformes Linfadenopatia regional, Dor Abdominal e tonturas.
<b>FEBRE AMARELA</b>	Vírus vivos atenuados.	Protege contra febre amarela.	- 9 meses - Reforço 4 anos	Liofilizada com diluente frasco, multidoses (5/10 doses)	59 anos 11 meses e 9 dias	0,5 ml	Via subcutânea região Deltoíde, Direito com agulha 13x4,5 mm.	6 horas após diluição	Imuno deprimido grave, doença auto-Imune. Mulheres amamentando cças menores de 6 meses .Alergia grave a ovo.  Não administrar com TV ou Tetra viral (manter intervalo de 30 dias)	Geralmente leves de 5 a 10 dias após: ▪ Cefaléia, Mal estar ▪ Dores musculares ▪ Febre



**QUADRO RESUMO DAS VACINAS BÁSICAS APLICADAS PELO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATUALIZADO 06//2023**

VACINAS	COMPONENTES	INDICAÇÃO	ÉPOCA DE APLICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	IDADE LIMITE	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO Validade APÓS ABERTURA DO FRASCO	CONTRA-INDICAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS (mais freqüentes)
<b>HPV</b>	Vírus inativado, quadrivalente recombinante.	- Protege contra câncer e lesões do colo do útero; - Verrugas genitais - Câncer de vagina e vulva Infecção por HPV - Câncer pênis	Meninas de 9 a 14 anos Meninos 11 a 14 anos 2 doses (0-6 meses)	Frasco ampola – Monodose	Meninas de 9 a 14 anos  Meninos de 11 a 14 anos 11 meses e 29 dias	0,5 ml	Via intramuscular no deltoide D Aguilha 25x7	Administração imediata	Hipersensibilidade qualquer componente da vacina Gestante	- Dor, edema, eritema; - Febre; - Síncope
<b>Pfizer BABY</b>	RNA Mensageiro	Protege conta a COVID 19	6 meses a 4 anos 11 meses e 29 dias.  Intervalo: D1 e D2 (4 semanas) D2 e D3 (8 semanas)	Frasco ampola – Multidoses (10 doses) Volume de diluente necessário por frasco: 2,2mL	6 meses a 4 anos 11 meses e 29 dias	0,2mL	Via IM esquerda <2anos vasto lateral coxa agulha 25x7 ou 25x6 >2 anos Deltoide agulha 25x7 ou 25x6. Deve ser Administrada preferencialmente com seringa de 1mL..	12 horas	Hipersensibilidade qualquer componente da vacina	Reações frequentes: Dor, vermelhidão, leve edema local, fadiga, cefaleia, mialgia e calafrios
<b>Pfizer Pediátrica</b>	RNA Mensageiro	Protege conta a COVID 19	5 anos a 11 anos 11 meses e 29 dias	Frasco ampola – Multidoses (10 doses) Volume de diluente necessário por frasco: 1,3mL	5 anos a 11 anos 11 meses e 29 dias	0,2mL	Deltóide Esquerdo com agulha 25x7 ou 25x6mm.	12 horas	Hipersensibilidade qualquer componente da vacina	Reações frequentes: Dor, vermelhidão, leve edema local, fadiga, cefaleia, mialgia e calafrios
<b>Pfizer Adulto</b>	RNA Mensageiro	Protege conta a COVID 19	12 anos ou mais.	Frasco ampola – Multidoses (06 doses) Volume de diluente necessário por frasco: 1,8mL	>12 anos	0,3mL	Deltóide Esquerdo com agulha 25x7 ou 25x6mm.	12 horas	Hipersensibilidade qualquer componente da vacina	Reações frequentes: Dor, vermelhidão, leve edema local, fadiga, cefaleia, mialgia e calafrios
<b>Pfizer Bivalente</b>	RNA Mensageiro	Protege conta a COVID 19 (BA1 e BA 4/5)	18 anos ou mais.	Frasco ampola – Multidoses (06 doses) *Não precisa diluir*	>12 anos	0,3mL	Deltóide Esquerdo com agulha 25x7 ou 25x6mm.	12 horas	Hipersensibilidade qualquer componente da vacina	Reações frequentes: Dor, vermelhidão, leve edema local, fadiga, cefaleia, mialgia e calafrios



QUADRO RESUMO DAS VACINAS BÁSICAS APLICADAS PELO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATUALIZADO 06//2023

<b>Influenza</b>	Virus fragmentado e inativado	Protege contra influenza	>6 meses	Frasco ampola – Multidoses (10 doses) *Não precisa diluir*	6 meses a 2 anos 11 meses e 29 dias, primovacinados	D1 e D2 (30 dias após D1) 0,25 mL	6 meses0 ,a > 2anos: IM Vasto lateral da coxa Direita  >2 anos: Deltoide direito	7 dias	Hipersensibilidade qualquer componente da vacina	Reações frequentes: Dor, vermelhidão, leve edema local, fadiga, cefaleia, mialgia e calafrios
					3 anos a 8 anos 11 meses e 29 dias.	D1 e D2 (30 dias após D1) 0,5 mL..				
					>9anos	DU 0,5 mL.				

- **Observações:** - TV: não engravidar por 30 dias após a vacinação.
- **Atenção:** Penta - Rede particular(DTP+Hib+VIP),  
- Rede pública (DTP+Hib+HEP B.)

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

### Formulário de Cadastro do Paciente

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Raça: \_\_\_\_\_  
Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### Formulário de Notificação

Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imuno-biológico	Dose	Laboratório	Lote	Via de Administração	Local de Aplicação	Indicação	Especialidade	Estabelecimento
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										

#### Gestante:

Sim  Não  Ignorado

Mês de gestação no momento da vacinação:

#### Mulher Amamentando:

Sim  Não

#### Criança em Aleitamento Materno:

Sim  Não

### Eventos Adversos ou Erros de Imunização

Descrever em detalhes, incluindo data de início de cada evento ocorrido, data de término e duração

#### Classificação:

- Não Grave (EANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;  
 Grave (EAG) – Vide Anexo I;  
 Erro de Imunização (EI);

#### Responsável pelo Preenchimento da Notificação:

Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## Formulário de Investigação:

### Antecedentes: História médica e medicamentosa

Algum EAPV anterior à presente vacinação?  Sim  Não  Ignorado

Data da Ocorrência	Imunobiológico	Evento Adverso Pós Vacinação (EAPV)	Conduta
__/__/____	_____	_____	_____
__/__/____	_____	_____	_____
__/__/____	_____	_____	_____
__/__/____	_____	_____	_____
__/__/____	_____	_____	_____

Doenças Pré-existentes?  Sim  Não  Ignorado

Alguma(s) medicação(ões) em uso?  Sim (especificar)  Não  Ignorado

Viajou nos últimos 15 dias?  Sim  Não  Ignorado Data de Início: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data Término: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

## EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Descrever em detalhes, incluindo data de início de cada evento ocorrido, data de término e duração

### Narrativa do caso e outras informações

ATENDIMENTO MÉDICO?  Sim  Não  Ignorado

Ambulatório / Consultório  Observação (permanência na unidade de saúde por até 24 horas)  Hospitalização (permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas)  Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

CNES Hospital: \_\_\_\_\_ Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data da alta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_



## EXAMES COMPLEMENTARES: Testes e procedimentos

Descrever os exames relevantes, com data da realização, resultado e observações

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** (descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

**DIAGNÓSTICO(S) FINAL(IS):**

## EVOLUÇÃO

Cura sem sequelas     Cura com sequelas     Óbito    Declaração de óbito: \_\_\_\_\_

Data do óbito: \_\_\_\_\_

Não é EAPV     Perda de seguimento     Em Acompanhamento

### Responsável pelo Preenchimento da Investigação:

Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## Formulário de Encerramento:

### CLASSIFICAÇÃO FINAL

- EA Não Grave (EANG);  EA Grave (EAG) – Vide Anexo I;  Erro de Imunização (EI);  Erro de Imunização (EI) com Evento Adverso;  
 Inclassificável.

Erros de Imunização: preencher de acordo com o dicionário MedDRA

#### CONDUTA FRENTE AO(S) ERRO(S) DE IMUNIZAÇÃO (EI) E DOSES:

- Dose considerada válida;  
 Dose considerada inválida  
 Repetir a dose única o mais rápido possível;  
 Repetir a dose o mais rápido possível considerando intervalo mínimo;  
 Repetir a dose com aprazamento de reforço;  
 Acompanhamento com dosagem de anticorpos;

#### ENCERRAMENTO FINAL: Preencher a tabela abaixo, utilizando a legenda descrita a seguir:

Imunobiológico(s)	Diagnóstico(s)	Conduta(s)	Causalidades

#### Legenda: CONDUTA FRENTE AO ESQUEMA VACINAL:

- Esquema Mantido;  
 Esquema mantido com precaução (\*);  
 Contra indicação com substituição do esquema;  
 Contra indicação sem substituição do esquema;  
 Esquema encerrado;  
 Suspensão da vacina por 10 anos;  
 Ignorado;  
 Outros – especificar: \_\_\_\_\_

#### CLASSIFICAÇÃO DE CAUSALIDADES (COORDENAÇÕES MUNICIPAIS/ ESTADUAIS):

##### 1 Informação disponível adequada:

###### A Consistente

A.1- Reações inerentes ao produto, conforme literatura

A.1.1- Associação a mais que uma vacina

A.2- Reações inerentes a qualidade do produto (desvio de qualidade - vide anexo II)

A.3- Erros de imunização (EI)

A.4- Reações de Ansiedade associada à imunização

**B Indeterminada**

- B.1- Reação temporal consistente, mas sem evidências na literatura para se estabelecer uma relação causal;
- B.2- Os dados da investigação são conflitantes em relação à causalidade

**C Inconsistente/Coincidente**

Condições preexistentes ou emergentes causadas por outros fatores e não por vacinas

**2. Informação disponível inadequada:**

**D Inclassificável**

**Responsável pelo Preenchimento do Encerramento:**

Data de Encerramento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estabelecimento: Nome: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**I – Definição de Evento Adverso Grave:**

- Requer hospitalização;
- Qualquer evento clinicamente relevante que possa comprometer o paciente, ou seja, que ocasione risco de morte e que requer intervenção clínica imediata para se evitar o óbito;
- Ocasione disfunção significativa e ou incapacidade permanente;
- Resulte em anomalia congênita;
- Ocasione o óbito.

**Anexo II – Reações Inerentes a Qualidade do Produto (Desvio de Qualidade)**

**1 . Alterações gerais:**

- ( ) Temperatura de conservação diferente da definida na bula
- ( ) Partícula estranha ao produto
- ( ) Forma farmacêutica diferente da informada no rótulo
- ( ) Outra, especifique: \_\_\_\_\_

**2. Alterações organolépticas:**

- ( ) Mudanças de coloração

**3. Alterações físico-químicas:**

- ( ) Solução com precipitado
- ( ) Turbidez
- ( ) Dificuldades de solubilização (pó líofilo) / Dificuldades de homogeneização
- ( ) Formação de gases
- ( ) Material particulado visível (formação de grumos)
- ( ) Outra, especifique: \_\_\_\_\_

**4. Embalagem:**

- ( ) Falta de rótulo / Falta/falha das informações no rótulo ou na embalagem / Rótulo com pouca adesividade/ Troca de rótulo
- ( ) Quebra/ Rachaduras / Bolhas / Vazamento
- ( ) Êmbolo não aderente / Violação do lacre/ Ausência do lacre/ Falta de ajuste do lacre
- ( ) Outra, especifique: \_\_\_\_\_



### MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA

MÊS	ANO	CÓDIGO DA UNIDADE	UNIDADE DE SAÚDE	MUNICÍPIO

EQUIPAMENTO: ( ) GELADEIRA ( ) CÂMARA FRIA	MARCA:	GERADOR NA UNIDADE: ( ) SIM ( ) NÃO
--	--------	-------------------------------------

D I A	PERÍODO	MANHÃ				TARDE				
		HORA	MÁXIMA	MÍNIMA	MOMENTO	ASSINATURA	HORA	MÁXIMA	MÍNIMA	MOMENTO
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

OBSERVAÇÕES (DEGELO / RECEBIMENTO DE VACINAS / EQUIPAMENTO VAZIO / FALHAS DE ENERGIA / OUTRAS)



# Obrigado!

## Contatos

**Central Municipal de Vacinas : 2771-8342**

**Enf<sup>a</sup> Fernanda: 98898-2676**

**Enf<sup>o</sup> Afonso: 96417-0588**

**Téc. Enf. Monica: 98626-1191**