

ESQUEMA DE VACINAÇÃO DOS IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS / CRIE

VACINAS	IDADE/INÍCIO	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES	REFORÇO	DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE ADMINISTRAÇÃO	AGULHA INDICADA
Meningo C	a partir de 12 meses de idade (1)	dose única	_____	_____	0,5 ml	I M	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	20x5,5 / 25x7*
Pneumo 10 valente	a partir de 12 meses de idade a menores de 5 anos (2)	2 doses	60 dias (mínimo de 30 dias)	_____	0,5 ml	I M	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	20x5,5 / 25x7*
Pneumo 23	a partir de 2 anos de idade	2 doses	5 anos	_____	seringa pronta para uso	conforme indicação do laboratório fabricante (vide bula)	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	seringa pronta para uso
Hepatite A	a partir de 1 ano de idade	2 doses	6 meses	_____	conforme indicação do laboratório fabricante para crianças e adultos (vide bula)	I M	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	20x5,5 / 25x7*
Varicela	Crianças imunocompetentes com indicação de vacina durante profilaxia de surto hospitalar de varicela	dose única	_____	_____	0,5 ml	S. C.	região deltóide no terço proximal (face superior externa do braço)	13x4,5
	Imunocompetentes suscetíveis de 1-12 anos comunicantes de pacientes imunodeprimidos	2 doses	3 meses					
	Imunocompetentes > 13 anos	2 doses	1 a 2 meses					
	Imunodeprimidos em qualquer idade (a partir de 1 ano)	2 doses	3 meses					
IGHAVZ	em qualquer idade, inclusive gestantes	dose única	_____	_____	mínimo: 125 UI / 10kg / peso ou conforme indicação do laboratório fabricante	I M	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	20x5,5 / 25x7*
					máximo: 625 UI ou conforme indicação do laboratório fabricante			
Influenza	de 6 meses à < de 3 anos de idade	2 doses (3)	30 dias	_____	0,25 ml	conforme indicação do laboratório fabricante (vide bula)	S.C. - região deltóide no terço proximal (face superior externa do braço)	13x4,5
	de 3 à 8 anos	2 doses (3)	30 dias	_____	0,5 ml	conforme indicação do laboratório fabricante (vide bula)	I.M. (vasto lateral da coxa)	20x5,5
							S.C. - região deltóide no terço proximal (face superior externa do braço)	13x4,5
> 9 anos	dose única	_____	anual	0,5 ml	conforme indicação do laboratório fabricante (vide bula)	S.C. - região deltóide no terço proximal (face superior externa do braço)	13x4,5	
Pólio Inativada (VIP)	a partir de 2 meses de idade.	3 doses	60 dias	2 reforços: o 1º aos 15 meses e o 2º aos 4 anos de idade	0,5 ml	I M	< 2 anos: vasto lateral da coxa ou região ventro glútea	20x5,5 / 25x7*
							> 2 anos: vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	
DTPa	a partir de 2 meses de idade e < 7 anos	3 doses	60 dias	2 reforços: o 1º aos 15 meses e o 2º aos 4 anos de idade	0,5 ml	I M	< 2 anos: vasto lateral da coxa	20x5,5 / 25x7*
Hib	de 2 meses à 6 meses (EAPV e grupos especiais)	3 doses	60 dias	aos 15 meses de idade	0,5 ml	I M	vasto lateral da coxa ou região ventro glútea	20x5,5
	de 7 meses à 11 meses (EAPV e grupos especiais)	2 doses	60 dias	aos 15 meses de idade	0,5 ml	I M	vasto lateral da coxa ou região ventro glútea	20x5,5
	> de 1ano à < de 19 anos (grupos especiais)	2 doses (se imunodeprimidos) (4)	60 dias	_____	0,5 ml	I M	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	20x5,5 / 25x7*
	> de 1ano à < de 19 anos (grupos especiais)	dose única (se imunocompetente)	_____	_____	0,5 ml	I M	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	20x5,5 / 25x7*
HPV	Mulheres de 9 à 26 anos vivendo com HIV	3 doses	Segunda dose 60 dias após a primeira e terceira dose 180 dias após a primeira (0, 60 180 dias)	_____	0,5 ml	IM	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	25X7*
IGHAIB	Recém-nascido: ideal nas primeiras 12 h de vida, máximo 7 dias após parto	dose única	_____	_____	Conforme indicação do laboratório fabricante (vide bula) - geralmente 0,5 ml	IM	vasto lateral da coxa ou região ventro glútea	20x5,5
	Em qualquer outra idade	dose única	_____	_____	Conforme indicação do laboratório fabricante (vide bula) - geralmente 0,06 ml/kg/peso. Dose máxima 5 ml	I M	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	20x5,5 / 25x7*
IGHAT	em qualquer idade, inclusive gestantes	dose única	_____	_____	Conforme indicação do laboratório fabricante (vide bula) – a dose é de 250 UI, tanto para adultos quanto para crianças	IM e em grupo muscular diferente da aplicação da vacina dupla adulto	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide*	20x5,5 / 25x7*
IGHAR	em qualquer idade, inclusive gestantes	dose única	_____	_____	Conforme indicação do laboratório fabricante (vide bula) – 20 UI/Kg. Dose máxima de 1.500 UI	IM e em grupo muscular diferente da aplicação da vacina antirrábica humana	vasto lateral da coxa, região ventro glútea ou músculo deltóide, assim como dentro e ao redor do ferimento	20x5,5 / 25x7*

OBSERVAÇÕES:

1 - Em menor de 1 ano a vacina Meningo C conjugada é oferecida na rotina, conforme esquema preconizado. Em algumas indicações contidas no Manual do CRIE - 4ª edição, o nº de doses é aumentada (ver página 118)

2 - Toda criança dos grupos especiais, que tomou a Pnm - 10, em qualquer esquema primário de vacinação, deverá tomar UMA dose de PN-23, a partir de dois anos de idade, no mínimo DOIS MESES após a última dose de Pnm 10 e UM REFORÇO de PN-23 CINCO ANOS após a primeira dose de PN-23 1ª dose

3 - Vacina Influenza: Somente as crianças < de 9 anos que NUNCA foram vacinadas é que farão este esquema de duas doses (0,25 ml ou 0,5 ml). ATENÇÃO! Toda criança < de 9 anos, que já fez seu esquema primário de vacinação contra Influenza, passará a receber, anualmente, DOSE ÚNICA de 0,5 ml.

4 - Imunodeprimidos: HIV/Aids, imunossupressão devido a drogas e ao câncer, imunodeficiência congênita com deficiência isolada de tipo humoral ou deficiência do complemento, transplantados, asplenia anatômica ou funcional.

* Observações: Usar GRUPOS MUSCULARES DIFERENTES quando for aplicar mais de uma vacina;

Pacientes HEMOFÍLICOS devem receber as vacinas por via S.C. (VERIFICAR FATORES DE COAGULAÇÃO E USO PRÉVIO DE MEDICAÇÃO ANTICOAGULANTE);

Avaliar a MASSA MUSCULAR de toda criança acima de 2 anos com indicação de vacina intramuscular (I.M.) para a escolha da agulha;

Para as indicações, contra - indicações, eventos adversos e conservação de todas as vacinas: Vide MANUAL DO CRIE/MS 4ª edição - Brasília - DF - 2014

VACINAS	IDADE/INÍCIO	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES	REFORÇO	DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE ADMINISTRAÇÃO	AGULHA INDICADA
---------	--------------	-------------	--------------------------	---------	---------	----------------------	------------------------	-----------------

