



Caderneta de vacinação

**Amor em cuidar
dos pequenos!**
@dra.fernandacardoso_

Identificação

NOME DA CRIANÇA:

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TELEFONE: _____

NOME DA MÃE:

NOME DO PAI:

ENDEREÇO:

BAIRRO: _____ **CEP:** _____

CIDADE: _____ **ESTADO:** _____

UNIDADE BÁSICA QUE FREQUENTA:

Nº DO PRONTUÁRIO NA UBS:

Nº DO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO:

NO DO CARTÃO DO SUS:

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO



**Recomendações da Sociedade
Brasileira de Imunizações (SBIIm)
– 2022/2023**

[@dra.fernandacardoso_](https://www.instagram.com/dra.fernandacardoso_)

1. BCG ID: deverá ser aplicada o mais precocemente possível, em recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.000 g.

Em casos de histórico familiar, suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacinação poderá ser postergada ou contraindicada (consulte os Calendários de vacinação SBlm pacientes especiais).

A revacinação com BCG não é recomendada mesmo para crianças que não desenvolveram cicatriz vacinal, pela ausência de evidências de que a repetição traga benefício adicional.

Quando solicitado teste de triagem de erros inatos do sistema imune, adiar vacinação até avaliação do resultado

2. Hepatite B: a) Aplicar a primeira dose nas primeiras 12 horas de vida. b) O esquema de quatro doses pode ser adotado quando é utilizada uma vacina combinada que inclua a vacina hepatite B. c) Se mãe HBsAg+, administrar também HBIG o mais precocemente possível (até sete dias após o parto).

3. Vacina rotavírus monovalente: duas doses, idealmente aos 2 e 4 meses de idade. Vacina rotavírus pentavalente: três doses, idealmente aos 2, 4 e 6 meses de idade. Para ambas as vacinas, a primeira dose pode ser feita a partir de 6 semanas de vida e no máximo até 3 meses e 15 dias, e a última dose até 7 meses e 29 dias. Se a criança cuspir, regurgitar ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose. Não utilizar em crianças hospitalizadas. Em caso de suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacina pode estar contraindicada e seu uso deve ser avaliado pelo médico (consulte os Calendários de vacinação SBlm pacientes especiais

4. Tríplice bacteriana: o uso da vacina acelular (DTPa) é preferível ao de células inteiras (DTPw) pois os eventos adversos associados com a sua administração são menos frequentes e intensos. O reforço dos 4 a 6 anos pode ser feito com dTpa-VIP, DTPa ou DTPw. O reforço seguinte deverá ser feito com a vacina tríplice acelular do tipo adulto (dTpa), cinco anos após, preferencialmente entre 9 e 11 anos.

5. Hib: recomenda-se o reforço aos 15-18 meses, principalmente quando for utilizada vacina Hib nas formulações combinadas com tríplice bacteriana acelular (DTPa).

6. Poliomielite: recomenda-se que, idealmente, todas as doses sejam com a VIP. Não utilizar VOP em crianças que não tenham ainda recebido as 3 doses de VIP, hospitalizadas e imunodeficientes

7. Pneumocócicas conjugadas: a SBIIm recomenda o uso preferencial da VPC13 com o intuito de ampliar a proteção para os três sorotipos adicionais. Crianças menores de 6 anos com esquema completo ou incompleto de VPC10 podem se beneficiar com dose(s) adicional(is) de VPC13, respeitando-se a recomendação de bula para cada idade de início e o intervalo mínimo de quatro a oito semanas em relação à dose anterior da VPC10. O esquema adotado pelo PNI com a VPC10 é de duas doses, aos 2 e 4 meses de vida, com reforço aos 12 meses (esquema 2 + 1). A SBIIm mantém a recomendação para a VPC13 de três doses aos 2, 4 e 6 meses, com reforço entre 12 e 15 meses (esquema 3 + 1).

8. Meningocócicas conjugadas ACWY/C: a SBIIm recomenda preferencialmente a vacina MenACWY pela maior abrangência de sorogrupos. O PNI oferece a Vacina MenC para crianças. Diferentes vacinas meningocócicas ACWY estão licenciadas no Brasil e os esquemas e idades de licenciamento variam conforme o fabricante. Crianças vacinadas com MenC podem se beneficiar com o uso da MenACWY e, nesse caso, deve ser respeitado intervalo mínimo de um mês da última dose de MenC. Para proteção adequada dos três sorogrupos adicionais, deve-se adotar o esquema recomendado pelo fabricante para a idade do início, independente da vacinação prévia com MenC.

9. Meningocócica B: pode ser usada a partir de 2 meses de idade, idealmente iniciando com uma dose aos 3 meses, outra aos 5 meses e uma dose de reforço entre 12 e 15 meses (esquema 2 + 1). Crianças de 12 a 23 meses devem receber duas doses com intervalo de dois meses entre elas com uma dose de reforço entre 12 e 23 meses após esquema primário. A partir dos 24 meses de idade: duas doses com intervalo mínimo de um a dois meses entre elas – não foi estabelecida ainda a necessidade de dose(s) de reforço. Em grupos de alto risco para doença meningocócica, consulte os Calendários de vacinação SBI/m pacientes especiais

10. Influenza: é recomendada para todas as crianças a partir dos 6 meses de idade. Quando administrada pela primeira vez em crianças menores de 9 anos, aplicar duas doses com intervalo de 30 dias. Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V. Se disponível, a vacina utilizada na última temporada no hemisfério norte, poderá ser recomendada aos viajantes internacionais e brasileiros residentes nos estados do Norte do país, no período pré-estacional de Influenza.

11. Febre amarela: Duas doses: aos 9 meses de vida e aos 4 anos de idade. Recomendação do PNI: se recebeu a primeira dose antes dos 5 anos, indicada uma segunda dose. Se aplicada a partir dos 5 anos de idade em dose única. Recomendação da SBI/m: como há possibilidade de falha primária e não há consenso sobre duração de proteção, considerar segunda dose para qualquer idade, a depender de risco epidemiológico. Recomenda-se que crianças menores de 2 anos de idade, sempre que possível, não recebam as vacinas febre amarela e tríplice viral no mesmo dia, respeitando-se um intervalo de 30 dias entre elas. Contraindicada para imunodeprimidos, mas se o risco de adquirir a doença superar os riscos potenciais da vacinação, o médico deve avaliar seu uso (consulte os Calendários de vacinação SBI/m pacientes especiais). Essa vacina pode ser exigida para maiores de 9 meses de vida para emissão do CIVP, atendendo exigências sanitárias de alguns destinos internacionais. Neste caso, deve ser aplicada até dez dias antes de viajar.

12. Hepatite A: para crianças a partir de 12 meses de idade não vacinadas para hepatite B no primeiro ano de vida, a vacina combinada hepatites A e B na formulação adulto pode ser considerada para substituir a vacinação isolada (A ou B) com esquema de duas doses (0 - 6 meses).

13. Sarampo, caxumba e rubéola: para crianças com esquema completo, não há evidências que justifiquem uma terceira dose como rotina, podendo ser considerada em situações de risco epidemiológico, como surtos de caxumba e/ou sarampo. Em situação de risco para o sarampo – por exemplo, surto ou exposição domiciliar – a primeira dose deve ser aplicada a partir de 6 meses de idade. Nesses casos, a aplicação de mais duas doses após a idade de 1 ano ainda será necessária. Veja considerações sobre o uso da vacina tetraviral (SCRV) no item 15. O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os Calendários de vacinação SBIIm pacientes especiais).

14. Varicela: é considerada adequadamente vacinada a criança que tenha recebido duas doses da vacina após 1 ano de idade. Em situação de risco – por exemplo, surto de varicela ou exposição domiciliar – a primeira dose pode ser aplicada a partir de 9 meses de idade. Nesses casos, a aplicação de mais duas doses após a idade de 1 ano ainda será necessária. Veja considerações sobre o uso da vacina tetraviral (SCRV) no item 15. O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os Calendários de vacinação SBIIm pacientes especiais).

15. Tetraviral (SCRV): Aos 12 meses, na mesma visita, aplicar a primeira dose da tríplice viral e varicela em administrações separadas (SCR + V) ou com a vacina tetraviral (SCRV). A segunda dose de tríplice viral e varicela, preferencialmente com vacina tetraviral, pode ser administrada a partir dos 15 meses de idade, mantendo intervalo de três meses da dose anterior de SCR, V ou SCRV

16. HPV: O esquema de vacinação para meninas e meninos menores de 15 anos é de duas doses com intervalo de 6 meses (0 - 6 meses).

**17. Dengue: recomendada para crianças a partir de 9 anos de idade, soropositivas para dengue. Esquema de três doses com intervalo de seis meses entre elas (0 - 6 - 12 meses).
Contraíndicada para crianças imunodeprimidas**

Recomendações

Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial.

Consulte os Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais.

- **Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita**

- **Ver Nota Técnica sobre recuperação de doses em atraso: sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-sbim-recuperacao-doses-atrasadas-pandemia-v2.pdf**

- **Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.**

*** UBS – Unidades Básicas de Saúde ** Vacinas Hepatite B combinadas: HEXA acelular e Twinrix (hepatite A/B), a partir de 1 ano de idade.**

GESTANTE PRIVADO

DTPA OUTRAS VACINAS (DT - DEPENDE DA SV):

(INFLUENZA):

(HEPATITE B - DEPENDE DA SV).

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

GESTANTE SUS

DTPA OUTRAS VACINAS (DT - DEPENDE DA SV):

(INFLUENZA):

(HEPATITE B - DEPENDE DA SV)

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS AO NASCER

BCG

DATA:____/____/____

LOTE:_____

LAB.PRODUT:_____

UNIDADE:_____

NOME VACINADOR:

HEPATITE B

DATA:____/____/____

LOTE:_____

LAB.PRODUT:_____

UNIDADE:_____

NOME VACINADOR:

DOSES/VACINAS COM 2 MESES

PRIVADA

HEXAVALENTE(DTPA + HEP. B +HIB + VIP)
PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 13 VALENTE VORS

HEXAVALENTE

1º DOSE

DATA: ___/___/___

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 2 MESES

SUS

PENTAVALENTE (DTP+HIB +HB) VIP
PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 10 VALENTE VORH

PENTAVALENTE

1º DOSE

DATA: ___/___/___

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 3 MESES

PRIVADA

MENINGOCÓCICA CONJUGADA ACWY

MENINGOCÓCICA B

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 3 MESES

SUS

MENINGOCÓCICA CONJUGADA C

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 4 MESES

PRIVADA

PENTAVALENTE ACELULAR (DTPA + HIB + VIP)

PN13 VORS

REFORÇO

DATA:____/____/____

LOTE:_____

LAB.PRODUT:_____

UNIDADE:_____

NOME VACINADOR:

DOSES/VACINAS COM 4 MESES

SUS

PENTAVALENTE (DTP+HIB +HB) VIP

PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 10 VALENTE

VORH

REFORÇO

DATA:____/____/____

LOTE:_____

LAB.PRODUT:_____

UNIDADE:_____

NOME VACINADOR:

DOSES/VACINAS COM 5 MESES

PRIVADA

MENINGOCÓCICA CONJUGADA ACWY

MENINGOCÓCICA B

REFORÇO

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 5 MESES

SUS

MENINGOCÓCICA CONJUGADA C

REFORÇO

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 6 MESES

PRIVADA

HEXAVALENTE (DTPA + HEP. B + HIB + VIP)
PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 13 VALENTE VORS
D1 INFLUENZA

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 6 MESES

SUS

PENTAVALENTE (DTP+HIB +HB) VIP
D1 INFLUENZA

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 6 MESES

PRIVADA

HEXAVALENTE (DTPA + HEP. B + HIB + VIP)
PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 13 VALENTE VORS
D1 INFLUENZA

REFORÇO

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 6 MESES

SUS

PENTAVALENTE (DTP+HIB +HB) VIP
D1 INFLUENZA

REFORÇO

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 7 MESES

PRIVADA

D2 INFLUENZA

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 7 MESES

SUS

D2 INFLUENZA

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 9 MESES

PRIVADA

D1 FEBRE AMARELA

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 9 MESES

SUS

D1 FEBRE AMARELA

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 12 MESES

PRIVADA

D1 TRÍPLICE VIRAL

D1 VARÍCELA

D1 HEPATITE A

REFORÇO PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 13

VALENTE

REFORÇO MENINGOCÓCICA CONJUGADA ACWY

REFORÇO MENINGOCÓCICA B

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 12 MESES

SUS

D1 TRÍPLICE VIRAL

REFORÇO PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 10

VALENTE

REFORÇO MENINGOCÓCICA CONJUGADA C

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 15 MESES

PRIVADA

PENTAVALENTE ACELULAR

**D2 TRÍPLICE VIRAL
D3 VARÍCELA**

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 15 MESES

SUS

HEPATITE A

**VACINA ORAL DA POLIOMIELITE(VOP) REFORÇO
REFORÇO DTPW
TETRA VIRAL OU TRÍPLICE VIRAL + VARÍCELA**

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 18 MESES

PRIVADA

D2 HEPATITE A

1º DOSE

DATA: ____ / ____ / ____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DOSES/VACINAS COM 18 MESES

SUS

DOSES/VACINAS COM 4 ANOS

PRIVADA

TRÍPLICE BACTERIANA +

POLIOMIELITE (DTPA+ VIP)

D2 FEBRE AMARELA

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 4 ANOS

SUS

REFORÇO VACINAL ORAL DA POLIOMIELITE (VOP)

REFORÇO DTP

D2 VARICELA

REFORÇO FEBRE AMARELA - 2020

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 5 ANOS

PRIVADA

**MENINGOCÓCICA
CONJUGADA ACWY**

1º DOSE

DATA: ____/____/____
LOTE: _____
LAB.PRODUT: _____
UNIDADE: _____
NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 5 ANOS

SUS

**VACINA ORAL DA POLIOMIELITE (VOP) DTPW
D2 FEBRE AMARELA
D2 VARÍCELA
MENINGOCÓCICA CONJUGADA ACWY**

1º DOSE

DATA: ____/____/____
LOTE: _____
LAB.PRODUT: _____
UNIDADE: _____
NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 9 A 14 ANOS

PRIVADA

HPV

**VACINA TRÍPLICE BACTERIANA ACELULA
DO TIPO ADULTO
(DTPA)**

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 9 A 14 ANOS

PRIVADA

HPV (MENINAS)

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 11 A 12 ANOS

PRIVADA

**MENINGOCÓCICAS
CONJUGADAS ACWY**

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 11 A 12 ANOS

PRIVADA

MENINGOCÓCICA ACWY

1º DOSE

DATA: ____/____/____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR: _____

DOSES/VACINAS COM 11 A 14 ANOS

PRIVADA

HPV

1º DOSE

DATA:____/____/____

LOTE:_____

LAB.PRODUT:_____

UNIDADE:_____

NOME VACINADOR:_____

DOSES/VACINAS COM 11 A 14 ANOS

PRIVADA

HPV (MENINOS)

1º DOSE

DATA:____/____/____

LOTE:_____

LAB.PRODUT:_____

UNIDADE:_____

NOME VACINADOR:_____

Outras Vacinas

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

Outras Vacinas

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

DATA: ____/____/_____

LOTE: _____

LAB.PRODUT: _____

UNIDADE: _____

NOME VACINADOR:

ANOTAÇÕES

A sheet of lined paper with a pink background and a black border. A vertical red line is positioned on the left side, creating a margin. The page is ruled with horizontal blue lines. Three black circular binder holes are located on the left edge, one near the top, one in the middle, and one near the bottom.

ANOTAÇÕES

A sheet of lined paper with a light pink background and a black border. A vertical red line is positioned on the left side, creating a margin. The page is ruled with horizontal blue lines. Three black circular binder holes are located on the left edge, one near the top, one in the middle, and one near the bottom.

Fontes:

1. Calendário de Vacinação da Criança SBim - Sociedade Brasileira de Imunizações:

<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-crianca.pdf>

2. Calendário de Vacinação da Criança - SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria:

<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/calendario-de-vacinacao-da-sbp-2020/>

3. Calendário de Vacinação PNI: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/c/calendario-de-vacinacao>

Amor em cuidar dos pequenos!

Dra. Fernanda Cardoso

Pediatra

Reumatologista Pediátrica

- CRM 158898
- RQE PEDIATRIA 85220
- RQE REUMATO 85221

