Certificado de vacunas

Nombre y Apellido: .....

Fecha de Nacimiento: .....

DNI: .....

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Edad \ Vacunas	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugada (3)	Quíntuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Polio IPV (5)	Polio OPV (6)	Rotavirus (7)	Meningococo (8)	Gripe (9)	Hepatitis A HA (10)	Triple Viral SRP (11)	Varicela (12)	Cuádruple o Quíntuple Pentavalente DTP-Hib (13)	Triple Bacteriana Celular DTP (14)	Triple Bacteriana Acelular dTpa (15)	Virus Papiloma Humano VPH (16)	Doble Bacteriana dT (17)	Doble Viral SR o Triple Viral SRP (18)	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO: Fiebre Amarilla FA (19)	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO: Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (20)
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																		
2 meses			1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis		1ª dosis (D)													
3 meses								1ª dosis												
4 meses			2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis		2ª dosis (E)													
5 meses								2ª dosis												
6 meses				3ª dosis		3ª dosis			dosis anual (F)											
12 meses			refuerzo							única dosis	1ª dosis								única dosis	
15 meses								refuerzo				única dosis								
15-18 meses						1º refuerzo							1º refuerzo							
18 meses																				
24 meses																				
5-6 años (ingreso escolar)						2º refuerzo					2º dosis			2º refuerzo						
11 años		iniciar o completar esquema (C)						única dosis			iniciar o completar esquema (I)				refuerzo	2 dosis (Ñ)				
A partir de los 15 años																		iniciar o completar esquema (I)		única dosis (N)
Adultos																	refuerzo cada 10 años			
Embarazadas									una dosis (G)						una dosis (J)					
Puerperio									una dosis (H)		iniciar o completar esquema (I)							iniciar o completar esquema (I)		
Personal de salud									dosis anual						una dosis (K)					

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)
(2) HB: Hepatitis B
(3) Previene la Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo.
(4) DTP-HB-Hib: (Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b.
(5) IPV: (Salk) Poliovirus inactivada.
(6) OPV: (Sabin) Poliovirus oral.
(7) Rotavirus.
(8) Meningococo
(9) Antigripal
(10) HA: Hepatitis A
(11) SRP: (Triple viral) Sarampión, Rubeóla, Paperas.
(12) Varicela
(13) DTP-Hib: (Cuádruple) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b.
(14) DTP: (Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
(15) dTpa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
(16) VPH: Virus Papiloma Humano.
(17) dT (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.
(18) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubeóla.
(19) FA: (Fiebre Amarilla)
(20) FHA: (Fiebre Hemorrágica Argentina)

(A) Antes de egresar de la maternidad.
(B) En los primeras 12 horas de vida.
(C) Vacunación Universal. Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar: aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los seis meses de la primera.
(D) La 1ª dosis debe administrarse antes de las catorce semanas y seis días o tres meses y medio.
(E) La 2ª dosis debe administrarse antes de las venticuatro semanas o los seis meses de vida.
(F) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
(G) En cada embarazo deberán recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
(H) Puérperas deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto.
(I) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1965.
(J) Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo desde la dosis previa, Aplicar a partir de la semana 20 de gestación.
(K) Personal de salud que asista menores de 12 meses, Revacunar cada 5 años.
(L) Residentes en zonas de riesgo.
(M) Residentes en zona de riesgo único refuerzo a los diez años de la primera dosis.
(N) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
(Ñ) 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.

Centro de atención telefónica
4724-1400 / 1900
www.sasm.com.ar

VACUNAS APLICADAS

Vacunas	Dosis	Nombre Comercial	Lote	Fecha	Firma y Sello
HEPATITIS B (HB)	Neonatal				
BCG	Única dosis				
ROTAVIRUS	1° dosis				
	2° dosis				
NEUMOCOCO CONJUGADA	1° dosis				
	2° dosis				
	Refuerzo				
QUINTUPLE (DTP-HB-Hib) CUADRUPLE (DTP - Hib)	1° dosis				
	2° dosis				
	3° dosis				
	Refuerzo				
POLIO	1° dosis				
	2° dosis				
	3° dosis				
	4° dosis				
	Refuerzo				
MENINGOCOCO CONJUGADA	1° dosis				
	2° dosis				
	Refuerzo				
	Única dosis				
ANTIGRIPAL	1° dosis				
	2° dosis				
	Única dosis				
HEPATITIS A	Única dosis				
TRIPLE VIRAL (SRP)	1° dosis				
	2° dosis				
VARICELA	Única dosis				
TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)	Refuerzo				
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)	Refuerzo				
VPH	1° dosis				
	2° dosis				
FIEBRE AMARILLA	Única dosis				
OTROS					