|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ao nascer | BCG-ID | Dose única | Formas graves de Tuberculose |
|  | Vacina contra Hepatite B (1) | 1ª dose | Hepatite B | |
| 1 mês | Vacina contra Hepatite B | 2ª dose | Hepatite Bv |  |
| 2 meses | Vacina Oral contra a Pólio | 1ª dose | Poliomielite (paralisia Infantil) |  |
|  | Vacina Tetravalente (2) | 1ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo B |  |
|  | Vacina Oral contra Rotavírus Humano (3) | 1ª dose | Doenças diarréicas por Rotavírus |  |
|  | Vacina contra Pneumococos | 1ª dose | Otite, sinusite, pneumonias, meningite causadas pelo Streptococcus pneumoniae |  |
| 3 meses | Vacina contra Meningococo C | 1ª dose | Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do Sorogrupo C |  |
| 4 meses | Vacina Oral contra a Pólio | 2ª dose | Poliomielite (paralisia Infantil) |  |
|  | Vacina Tetravalente | 2ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo B |  |
|  | Vacina Oral contra Rotavírus Humano (4) | 2ª dose | Doenças diarréicas por Rotavírus |  |
|  | Vacina contra Pneumococos | 2ª dose | Otite, sinusite, pneumonias, meningite causadas pelo Streptococcus pneumoniae |  |
| 5 meses | Vacina contra Meningococo C | 2ª dose | Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do Sorogrupo C |  |
| 6 meses | Vacina contra Hepatite B | 3ª dose | Hepatite B |  |
|  | Vacina Oral contra a Pólio | 3ª dose | Poliomielite (paralisia Infantil) |  |
|  | Vacina Tetravalente | 3ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo B |  |
|  | Vacina contra Pneumococos | 3ª dose | Otite, sinusite, pneumonias, meningite causadas pelo Streptococcus pneumoniae |  |
| 9 meses | Vacina contra febre amarela (5) | 1ª dose | Febre amarela |  |
| 12 meses | Tríplice Viral | 1ª dose | Sarampo, Rubéola e Caxumba |  |
|  | Vacina contra Pneumococos | Reforço | Otite, sinusite, pneumonias, meningite causadas pelo Streptococcus pneumoniae |  |
| 15 meses | Vacina Oral contra a Pólio | Reforço | Poliomielite (paralisia Infantil) |  |
|  | Vacina Tríplice Bacteriana | 1º Reforço | Difteria, tétano, coqueluche |  |
|  | Vacina contra Meningococo C | Reforço | Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do Sorogrupo C |  |
| 4 – 6 anos | Tríplice Viral | Reforço | Sarampo, Rubéola e Caxumba |  |
|  | Vacina Tríplice Bacteriana | 2º Reforço | Difteria, tétano, coqueluche |  |

Tabela de Vacinação do Adolescente

| **IDADE** | **VACINAS** | **DOSES** | **DOENÇAS EVITADAS** |
| --- | --- | --- | --- |
| **(1) Adolescente que não tiver comprovação de vacina anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado** | | | |
| **(2) Adolescente que já recebeu anteriormente 03 (três ) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 5 anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.** | | | |
| **(3) Adolescente que for viajar para o exterior, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.** | | | |
| **(4) Adolescente que tiver duas doses de Tríplice Viral devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa.** | | | |
| **(5) Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco ) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.** | | | |
| De 11 a 19 anos | Dupla Adulto (2) | 1ª dose | Difteria e Tétano |
|  | Hepatite B | 1ª dose | Hepatite B |
|  | Febre Amarela (3) | Reforço | Febre Amarela |
|  | Tríplice Viral (4) | Única | Sarampo, Rubéola e Caxumba |
| 1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B | Hepatite B | 2ª dose | Hepatite B |
| 6 meses após a 2ª dose contra a Hepatite B | Hepatite B | 3ª dose | Hepatite B |
| 2 meses após a 1ª dose de Dupla Adulto | Dupla Adulto | 2ª dose | Difteria e Tétano |
| 2 meses após a 2ª dose de Dupla Adulto | Dupla Adulto | 3ª dose | Difteria e Tétano |
| A cada 10 anos, por toda a vida | Dupla Adulto (5) | Reforço | Difteria e Tétano |
|  | Febre Amarela | Reforço | Febre Amarela |

Tabela de Vacinação do Adulto e Idoso

| **Idade** | **Vacinas** | **Dose** | **Doenças Evitadas** |
| --- | --- | --- | --- |
| **(1) A partir de 20 (vinte) anos gestante, não gestante, homens e idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.** | | | |
| **(2) A vacina contra Hepatite B pode ser realizada em adultos até 29 anos.** | | | |
| **(3) Adulto/idoso que for viajar para exterior, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.** | | | |
| **(4) A vacina trlplice viral deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior e em homens até 39 (trinta e nove) anos.** | | | |
| **(5) Mulher grávida que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco ) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.** | | | |
| **(6) A vacina contra influenza é oferecida anualmente durante as Campanhas de Vacinação do Idoso** | | | |