



ANAMNESIS PREVACUNAL

Las siguientes preguntas ayudarán a identificar contraindicaciones, situaciones especiales, posibles interacciones con otros medicamentos e intervalos de administración con otras vacunas y gammaglobulinas.¹

Preguntas	Sí	No	NS/NC
1. ¿Padece alguna enfermedad actualmente? ²			
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o vacuna? ³			
3. ¿Ha presentado alguna reacción grave en anteriores vacunaciones? ⁴			
4. ¿Ha tenido convulsiones o algún trastorno neurológico? ⁵ (solo para niños y niñas)			
5. ¿Padece alguna inmunodeficiencia? ⁶			
6. ¿Ha recibido en los últimos tres meses corticoides, anticancerosos, radioterapia, quimioterapia o algún tratamiento especial? ⁷			
7. ¿Ha recibido en el último año alguna transfusión sanguínea, de productos hemáticos o de inmunoglobulinas? ⁸			
8. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? ⁹			
9. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de embarazo en las próximas cuatro semanas? ¹⁰ (solo para mujeres adolescentes y adultas)			

Este cuestionario ha sido contestado por:

Fecha:

- En el caso de los niños, es muy importante cumplimentar el carnet de vacunaciones con los datos de las vacunas administradas y entregarlo a los padres o tutores. En todos los casos es necesario registrar la información correspondiente al acto vacunal en la historia clínica.
- Si padece alguna enfermedad aguda grave, se retrasará la vacunación hasta finalizar el periodo de convalecencia.
- La vacunación estará contraindicada si se han producido reacciones anafilácticas con dosis previas y cuando exista hipersensibilidad a algún componente de la vacuna. La conducta recomendada ante posibles reacciones a las proteínas del huevo puede consultarse en http://www.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/TV_alergia_huevo.pdf
- Valorar la gravedad de la reacción a dicha vacuna.
- Valorar con el especialista el caso concreto.
- No es recomendable la administración de vacunas atenuadas, aunque en la infección asintomática por VIH se pueden administrar (dependiendo del % de CD4).
- En los tratamientos con corticoides se valorará la vacunación en función de la duración y la dosis. En radioterapia o quimioterapia, deberán transcurrir 3 meses desde la finalización del tratamiento para la administración de vacunas vivas atenuadas, y un mínimo de 1 mes para la administración de vacunas inactivadas.
- Tras transfusiones de hemoderivados, es necesario esperar de 6 a 7 meses para la administración de vacunas vivas atenuadas (excepto para las transfusiones de hematíes lavados). Si se han administrado inmunoglobulinas es necesario esperar de 3 a 6 meses, dependiendo de la dosis y tipo de tratamiento, lo que deberá comprobarse según lo indicado en la ficha técnica (en general se debe esperar 3 meses para inmunoglobulinas antitetánica, antihepatitis A y B, 4 meses en caso de profilaxis antirrábica, 5 meses para varicela y de 5 a 6 meses para sarampión).
- Si se ha administrado una vacuna viva atenuada, es necesario esperar 4 semanas para la administración de cualquier otra vacuna viva atenuada y 2 semanas para la administración de inmunoglobulinas o componentes sanguíneos.
- Si no existe un riesgo inminente de exposición, no se deben administrar vacunas vivas atenuadas a mujeres embarazadas. Si se han administrado, retrasar el embarazo al menos 4 semanas. En general, se recomienda evitar el primer trimestre de embarazo para la administración de vacunas inactivadas.



ACREDITACIÓN E INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA

El Centro de Vacunación Internacional del Hospital:

.....

INFORMA:

Que D/Dña, perteneciente al centro de salud/consultorio local de y cuyo médico de adscripción es el Dr/Dra ha recibido con fecha las dosis de vacuna que se relacionan a continuación:

TIPO VACUNA		LABORATORIO	LOTE
TÉTANOS DIFTERIA adulto	<input type="checkbox"/>		
TRIPLE VÍRICA (1ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
TRIPLE VÍRICA (2ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
HEPATITIS B adulto (1ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
HEPATITIS B adulto (2ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
HEPATITIS B adulto (3ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
HEPATITIS A adulto (1ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
HEPATITIS A adulto (2ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
POLIO INACTIVADA (VPI) (1ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
POLIO INACTIVADA (VPI) (2ª dosis)	<input type="checkbox"/>		
GRIPE	<input type="checkbox"/>		

Recomendaciones¹:

.....

.....

Firma

¹ Cumplimentar indicando al centro de salud o consultorio local si deben continuar la pauta.

ESTA INFORMACIÓN DEBE SER INCORPORADA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA



HOJA DE PETICIÓN Y RECEPCIÓN DE VACUNAS

Centro:

Fecha de petición:

TIPO VACUNA	STOCK	PETICIÓN	RECEPCIÓN			
	Nº dosis	Nº dosis	Nº dosis	Lote	Laboratorio	Fecha caducidad
TÉTANOS DIFTERIA adulto						
TRIPLE VÍRICA						
HEPATITIS B adulto						
HEPATITIS A adulto						
POLIO INACTIVADA (VPI)						
GRIPE						

Fecha y hora de recepción

Firma