

CALENDÁRIO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS MAIORES DE 7 ANOS E ADOLESCENTES

O calendário vacinal recomendado, garante a proteção contra diversas doenças infecciosas que podem afetar sua qualidade de vida.



IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
A QUALQUER TEMPO	BCG	Dose única*	Formas graves da tuberculose (miliar e meníngea)
	Hepatite B	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	Hepatite B
	Difteria e Tétano (dT)	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal. Reforço a cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	Difteria e Tétano
	Febre Amarela (FA)	Dose única caso não tenha recebido nenhuma dose até os 5 anos. Reforçar, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	Febre Amarela
	Tríplice Viral (SCR)	Iniciar ou completar duas doses, de acordo com a situação vacinal prévia	Sarampo, Caxumba e Rubéola
	VIP	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	Poliomielite
09 A 14 ANOS**	HPV	Uma dose	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18
11 a 14 ANOS	Meningocócica ACWY	Uma dose	Doença meningocócica

* A vacina BCG é indicada, prioritariamente, para pessoas até 15 anos de idade que não foram vacinadas previamente.

** Ampliação temporária até 19 anos.