

VACINAS DO BEBÊ PREMATURO

Maternidade:

Nome da criança:

Nome da mãe:

CPF:

Idade gestacional
ao nascer:

Data de nascimento: ____/____/____

Peso ao nascer:

Peso na alta:

Unidade de atenção primária (CF ou CMS):

Equipe de Saúde da Família:

WhatsApp da equipe:

ESTE MATERIAL **NÃO** SUBSTITUI A
CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA



SAIBA AS VACINAS ESPECIAIS DO SEU BEBÊ PREMATURO



Hexavalente (DTPa/VIP/Hep B/Hib)

Protege contra 6 doenças importantes: difteria, tétano, coqueluche, paralisia infantil, hepatite B, meningite bacteriana.

1ª dose: Aos 2 meses (a contar da data de nascimento)

Data da realização: ____/____/____

2ª dose: Aos 4 meses (dois meses depois da 1ª dose)

Data da realização: ____/____/____

3ª dose: Aos 6 meses (dois meses depois da 2ª dose)

Data da realização: ____/____/____

Dose de reforço: Entre 12 e 15 meses de idade

Data da realização: ____/____/____

Indicação: Bebês prematuros que nasceram até 32 semanas e 6 dias de gestação **OU** com peso menor que 1.5 kg.



Nirsevimabe



Tratamento para prevenir infecção dos pulmões pelo vírus sincicial respiratório, em dose única.

Indicação: Bebês prematuros que nasceram até 36 semanas e 6 dias de gestação, além de crianças de até 24 meses de vida com alguma doença no coração, doença pulmonar ou má formação respiratória, baixa imunidade, síndrome de Down e doença neurológica.

Data da realização: ____/____/____





Pneumocócica 20

Protege contra 20 sorotipos de pneumococo, responsáveis por infecções como pneumonia, otite, meningite.

1ª dose: Aos 2 meses (a contar da data de nascimento)

Data da realização: ____/____/____

2ª dose: Aos 4 meses (dois meses depois da 1ª dose)

Data da realização: ____/____/____

3ª dose: Aos 6 meses (dois meses depois da 2ª dose)

Data da realização: ____/____/____

Dose de reforço: 12 meses

Data da realização: ____/____/____

Idade máxima: 4 anos, 11 meses e 29 dias

Indicação: Bebês prematuros que nasceram até 36 semanas e 6 dias de gestação.



Imunoglobulina antivaricela

Indicação: Bebês prematuros expostos à varicela (catapora).

Data da realização: ____/____/____

Imunoglobulina antitetânica

Indicação: Bebês prematuros com lesões de risco para tétano, conforme avaliação do serviço de saúde.



Data da realização: ____/____/____



O bebê prematuro, por nascer antes do tempo ideal, exige cuidados específicos e um olhar mais atento para garantir seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Procure a unidade de saúde mais próxima em caso de dúvidas ou qualquer mudança no comportamento habitual do bebê. O acompanhamento regular é essencial para promover um cuidado integral e seguro.

Todas as demais vacinas indicadas pelo Ministério da Saúde podem ser feitas em bebês prematuros, seguindo as idades recomendadas normalmente.



**Mais informações
sobre vacinação:**

saude.prefeitura.rio/vacinacao/vacinacao-do-prematuro