

## HOJA DE REGISTRO DE TEMPERATURAS MÁXIMA Y MÍNIMA

Centro de Salud o Consultorio Local: .....  
 Mes de ..... de 20.....

Día	TEMPERATURA INICIO DE JORNADA			TEMPERATURA FINAL DE JORNADA		
	Actual	Máxima	Mínima	Actual	Máxima	Mínima
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

## HOJA DE PETICIÓN Y RECEPCIÓN DE VACUNAS

Centro de Salud o Consultorio Local: .....

Fecha de petición: .....

	STOCK	PETICIÓN	RECEPCIÓN			
TIPO VACUNA	Nº dosis	Nº dosis	Nº dosis	Lote	Laboratorio	Fecha caducidad
PENTAVALENTE DTaP-IPV-Hib						
DTaP						
TRIPLE VÍRICA						
MENINGITIS C						
HEPATITIS B infantil						
HEPATITIS B adulto						
Td						
VPI						
Hib						
VARICELA						
HEPATITIS A infantil						
HEPATITIS A adulto						
NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA						
VPH						

Fecha y hora de recepción .....

Firma .....



## NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS EN LA CADENA DE FRÍO

Centro de Salud o Consultorio Local .....

Fecha en la que se produjo la incidencia: ..... / ..... / .....

Tipo de incidencia y duración aproximada:

- Interrupción del suministro eléctrico: ..... horas.
- Congelación: ..... horas.

Descripción breve de la incidencia: .....

.....  
 .....

Temperatura actual del frigorífico: .....° C

Tª del frigorífico máxima registrada: .....° C

Tª del frigorífico mínima registrada: .....° C

Vacunas afectadas:

Vacuna	Nombre comercial	Nº dosis	Lote	Caducidad
PENTAVALENTE DTaP-IPV-Hib				
DTaP				
TRIPLE VÍRICA				
MENINGITIS C				
HEPATITIS B infantil				
HEPATITIS B adulto				
Td				
VPI				
Hib				
VARICELA				
HEPATITIS A infantil				
HEPATITIS A adulto				
NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA				
VPH				
Otras				

Nombre y firma del responsable de vacunas

## 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.<sup>1</sup>

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

Este cuestionario ha sido contestado por: .....

Fecha: .....

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Si padece alguna enfermedad aguda grave, se retrasará la vacunación hasta finalizar el periodo de convalecencia.

<sup>3</sup> La vacunación estará contraindicada si se han producido reacciones anafilácticas con dosis previas y cuando exista hipersensibilidad a algún componente de la vacuna. La administración de vacunas con componente pertussis está contraindicada en caso de haber presentado una encefalopatía de origen desconocido en los siete días siguientes a la vacunación frente a tos ferina. La conducta recomendada ante posibles reacciones a las proteínas del huevo puede consultarse en el área de profesionales en [www.jccm.es](http://www.jccm.es).

<sup>4</sup> Valorar la gravedad de la reacción a dicha vacuna.

<sup>5</sup> Valorar con el especialista el caso concreto.

<sup>6</sup> No es recomendable la administración de vacunas atenuadas, aunque en la infección asintomática por VIH se pueden administrar.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Tras transfusiones de hemoderivados, es necesario esperar de 6 a 7 meses para la administración de vacunas vivas inactivadas (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).

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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.