



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

INSTRUCCIÓN DE 31 DE JULIO DE 2015 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

VACUNACIÓN EN PERSONAS PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

La Dirección General de Salud Pública proporciona gratuitamente las vacunas indicadas específicamente en personas pertenecientes a grupos de riesgo, a través de los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social provinciales.

Para acceder de forma gratuita a la vacunación indicada específicamente en personas pertenecientes a grupos de riesgo, en los casos no contemplados en el calendario vacunal sistemático, el médico responsable del paciente deberá realizar una prescripción individual de la vacuna, de acuerdo a las indicaciones recomendadas por Salud Pública. Las actividades de captación de personas pertenecientes a grupos de riesgo, solicitud de la vacuna, recepción, conservación, administración y registro de la misma serán desarrolladas preferentemente por los profesionales de enfermería.

Los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social dispondrán de existencias para atender las solicitudes y garantizar el suministro de las dosis necesarias. Las vacunas solicitadas por este procedimiento se enviarán a los centros de salud, hospitales o cualquier otro punto de vacunación autorizado para su administración. Todos los actos vacunales deben registrarse en el Registro de Vacunas de Castilla y León (REVA) a través del correspondiente formulario, indicando a que grupo de riesgo pertenecen los vacunados.

Cada vez son más las vacunas e indicaciones disponibles, por lo que se ha elaborado el Procedimiento que se adjunta a esta Instrucción con el fin de simplificar y clarificar las actuaciones a seguir.

Valladolid, a 31 de julio de 2015

EL DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Edo. Agustín Álvarez del Nogal



PROCEDIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN EN PERSONAS PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

CONTENIDO

1. PRESCRIPCIÓN
2. SOLICITUD Y SUMINISTRO
3. REGISTRO
4. VACUNAS PARA GRUPOS DE RIESGO

Disponible en: <http://www.salud.jcyl.es/profesionales/es/vacunaciones>

1. PRESCRIPCIÓN

Para acceder de forma gratuita a la vacunación indicada específicamente en personas pertenecientes a grupos de riesgo, en los casos **no contemplados en el calendario vacunal** sistemático, el médico responsable del paciente deberá realizar una **prescripción individual** de la vacuna, de acuerdo a las **indicaciones recomendadas por Salud Pública** (consultar las indicaciones actualizadas de las vacunas ofertadas).

Las actividades de captación de personas pertenecientes a grupos de riesgo, solicitud de la vacuna, recepción, conservación, administración y registro de la misma serán desarrolladas preferentemente por los profesionales de enfermería, salvo que por razones organizativas del centro sanitario se disponga de otra manera.

Se cumplimentará la **ficha de prescripción individual** según modelo incluido en el anexo 1. Los datos necesarios son:

- **Identificación del médico prescriptor:** nombre y dos apellidos, CIAS o nº colegiado, firma, centro de trabajo y teléfono contacto.
- **Identificación del paciente:** nombre y dos apellidos; fecha de nacimiento y CIP/NIF.
- **Justificación clínica** o motivo de inclusión en los grupos de riesgo establecidos para recibir la vacunación.



Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

2. SOLICITUD Y SUMINISTRO DE VACUNAS

La ficha de prescripción individual se remitirá a través del **responsable de solicitud de vacunas del centro** al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, Sección Epidemiología, por el procedimiento que establezca cada provincia (correo electrónico, fax u otros).

Las dosis solicitadas por el procedimiento anterior, se enviarán al centro de salud, hospital o punto de vacunación autorizado por la vía habitual de suministro de vacunas. La periodicidad de los envíos se establecerá en cada caso de acuerdo a las necesidades y envíos habituales.

Las dosis de vacunas suministradas por el Programa de Vacunaciones desde los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social a los centros sanitarios se emplearán exclusivamente en la población definida como grupos de riesgo.

3. REGISTRO DE DOSIS ADMINISTRADAS

El profesional de enfermería administrará la/s vacuna/s indicadas y registrará cada dosis administrada en la **cartilla de vacunaciones** (infantil o de adulto) y en su caso, en la **historia clínica electrónica** (módulo vacunas de Medora-CYL) con los datos necesarios para poder ser integrado en el registro nominal del Programa de Vacunaciones (REVA): identificación del paciente, identificación de la vacuna administrada (nombre comercial y lote), fecha de vacunación e identificación del centro de vacunación. Al ser una vacuna no incluida en el calendario sistemático, debe registrarse la indicación específica (grupo de riesgo).

Además, es imprescindible cumplimentar el registro específico en papel con los datos referentes a la administración de la vacuna, según modelo de registro incluido en el anexo 2. Éste se remitirá al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la provincia, Sección Epidemiología.

Las dosis administradas en centros que no tengan acceso para su registro en Medora-CYL o en REVA, serán registradas en REVA directamente por el Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social.



Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

Los datos necesarios son:

- Datos del paciente: nombre y apellidos, edad, fecha de nacimiento.
- Patología de riesgo que motiva la indicación.
- Datos de la vacuna: nº de dosis, nombre comercial, lote y fecha de vacunación.
- Datos del centro de salud/punto de vacunación.

4. VACUNAS PARA GRUPOS DE RIESGO

Las vacunas que deben ajustarse actualmente* a este procedimiento son:

- Vacuna frente a la varicela
- Vacuna anti-neumocócica conjugada 13 valente
- Vacuna frente a herpes zóster
- Vacuna anti-meningocócica B
- Vacuna frente a la hepatitis A
- Vacuna dTpa

* Las vacunas ofertadas para grupos de riesgo, así como los propios grupos de riesgo, están en continua actualización. Puede accederse al listado actualizado a través de <http://www.salud.jcyl.es/profesionales/es/vacunaciones>



Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

PROGRAMA DE VACUNACIONES VACUNACIÓN EN PERSONAS PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

ANEXO 1: MODELO DE FICHA DE PRESCRIPCIÓN INDIVIDUAL

	VACUNA SOLICITADA	Nº DE DOSIS
<input type="checkbox"/>	VARICELA	
<input type="checkbox"/>	ANTI-NEUMOCÓCICA CONJ 13 V	
<input type="checkbox"/>	HERPES ZOSTER	
<input type="checkbox"/>	ANTI-MENINGOCÓCICA B	
<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A	
<input type="checkbox"/>	dTpa	
<input type="checkbox"/>	OTRA: _____	

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE LA/S VACUNA/S:

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

CIAS/Nº Colegiado: _____

Centro de Trabajo: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma/sello:

Fecha de la prescripción: __/__/____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

CIP/NIF: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____

PATOLOGÍA QUE JUSTIFICA LA INDICACIÓN DE LA VACUNA: detallar la patología motivo de inclusión en los grupos de riesgo establecidos para recibir la vacunación (indicar todas las aplicables):



Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

PROGRAMA DE VACUNACIONES VACUNACIÓN EN PERSONAS PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

ANEXO 2: MODELO DE REGISTRO NOMINAL DE VACUNACIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

CIP/NIF: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____

GRUPO/S DE RIESGO:

-
-
-

REGISTRO DE LA VACUNA ADMINISTRADA:

¿Se ha registrado la/s vacuna/s en la historia clínica electrónica (Medora-CYL)?: SI NO

Vacuna: _____
Nombre comercial: _____
Lote: _____
Dosis nº: _____
Fecha de administración: __/__/____

Vacuna: _____
Nombre comercial: _____
Lote: _____
Dosis nº: _____
Fecha de administración: __/__/____

Vacuna: _____
Nombre comercial: _____
Lote: _____
Dosis nº: _____
Fecha de administración: __/__/____

Vacuna: _____
Nombre comercial: _____
Lote: _____
Dosis nº: _____
Fecha de administración: __/__/____

Centro de vacunación: _____

Enfermero/a: _____

Firma/sello: