

CRIBADO PREVACUNAL

Listado de comprobación de posibles contraindicaciones absolutas y relativas para la vacunación.

Este cuestionario **debe ser rellenado y entregado antes de la vacunación**, y ayudará a su enfermera/pediatra a decidir sobre la oportunidad de la vacunación prevista para hoy. Si tiene dudas, antes de contestar, pregunte a su enfermera o pediatra.



Nombre del niño/a:				
Cuestionario contestado por:				
Fecha:				
	Pregunta	Sí	No	?
1	¿El niño está enfermo hoy?			
2	¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex?			
3	¿Ha tenido antes una reacción importante a alguna vacuna?			
4	¿Ha recibido alguna vacuna en el mes anterior?			
5	¿Tiene alguna enfermedad crónica? (diabetes, asma, del corazón, de la coagulación de la sangre, etc.)			
6	¿Ha tenido convulsiones, algún problema cerebral o el síndrome de Guillain-Barré con anterioridad?			
7	¿Tiene leucemia, cáncer o alguna otra enfermedad que afecte a la inmunidad?			
8	¿Ha recibido corticoides, medicamentos que disminuyan la inmunidad o radioterapia en los últimos 3 meses?			
9	¿Ha recibido inyecciones de inmunoglobulinas o transfusiones de sangre u otros derivados de la misma, en el último año?			
10	¿Convive con personas de edad avanzada o alguna persona con cáncer, trasplantes, o alguna otra circunstancia que afecta a la inmunidad?			
11	En el caso de tratarse de una adolescente: ¿está embarazada o existe la posibilidad de que se quede embarazada en las próximas 4 semanas?			

Modificado de: Immunization Action Coalition. Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens (<http://www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf>).

Si usted ha contestado "sí" a alguna de las preguntas, antes de la vacunación, debe aclarar con su enfermera o pediatra si la vacunación prevista debe llevarse a cabo o si se le puede proponer un esquema de vacunación alternativo.