

Esta tarjeta es para que la complete el farmacéutico o el profesional sanitario.

Consérvela para poder:

- Ver qué vacunas meningocócicas ha recibido
- Saber qué vacunas puede seguir necesitando
- Mostrar su progreso de vacunación a su médico

**Imprima esta tarjeta y llévela consigo
a cada vacunación o visita médica.**

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO
NOMBRE

APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

Una vez cumplimentada en su totalidad, guarde esta tarjeta para sus registros y consulte a su médico de cabecera o llame al 1.888.747.4747 para que le proporcionen una nueva tarjeta.

RECOMENDACIONES DEL ACIP DE 2022 PARA LA VACUNA MENINGOCÓCICA AL MENOS 2 SEMANAS ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO CON INHIBIDOR DEL COMPLEMENTO

MenACWY*

Para la **serie primaria**, administre 2 dosis con al menos 8 semanas de diferencia.

Para la **vacuna de refuerzo**, administre una única dosis de refuerzo cada 5 años si el riesgo persiste.

VACUNA MenACWY MenQuadfi O Menveo	PRIMERA DOSIS	SEGUNDA DOSIS	DOSIS DE REFUERZO	DOSIS DE REFUERZO
MARCA DE VACUNA				
FECHA				
LUGAR DE VACUNACIÓN				

Una nota para el paciente sobre el momento de la vacunación (debe rellenarla el proveedor de la vacuna): Dado que recibió su primera vacuna el _____ (fecha), debe **VOLVER** para recibir otra dosis el _____ (fecha) o a partir de esa fecha.

MenB[†]

Para **series primarias en pacientes de 10 años o más**,[‡] administre 2 dosis de Bexsero con al menos 1 mes de diferencia O 3 dosis de Trumenba a los 0, 1 a 2 y 6 meses.

Para la **vacunación de refuerzo en pacientes de 10 años o más**,[‡] administre una dosis única de refuerzo 1 año después de completar la serie primaria y después cada 2 a 3 años si el riesgo persiste.

Las vacunas MenB no son intercambiables; el paciente debe recibir el mismo producto para todas las dosis.

VACUNA MenB Bexsero O Trumenba	PRIMERA DOSIS	SEGUNDA DOSIS	TERCERA DOSIS [‡] (en caso de Trumenba)	DOSIS DE REFUERZO	DOSIS DE REFUERZO
MARCA DE VACUNA					
FECHA					
LUGAR DE VACUNACIÓN					

Una nota para el paciente sobre el momento de la vacunación (debe rellenarla el proveedor de la vacuna): Dado que recibió su primera vacuna el _____ (fecha), debe **VOLVER** para recibir una segunda dosis el _____ (fecha) o a partir de esa fecha. Si recibió Trumenba, debe **VOLVER** para recibir su dosis final el _____ (fecha).

[‡]Para Trumenba, si la dosis 2 se administró al menos 6 meses después de la dosis 1, entonces la dosis 3 no es necesaria.

*Actualmente hay dos vacunas meningocócicas tetravalentes conjugadas (MenACWY) autorizadas en Estados Unidos:

1. MenQuadfi® (vacuna conjugada meningocócica [grupos A, C, W, Y] [MenACWY-TT])
2. Menveo® (vacuna conjugada CRM197 contra la difteria con oligosacáridos meningocócicos de grupos A, C, W e Y [MenACWY-CRM])

*Actualmente hay dos vacunas meningocócicas del serogrupo B (MenB) autorizadas en Estados Unidos:

1. Bexsero® (MenB-4C)
2. Trumenba® (MenB-FHbp)

‡Para obtener información sobre el calendario de vacunas para niños de 10 años o menos, contacte con el médico de cabecera. Los profesionales sanitarios también pueden llamar al 1.888.765.4747 y solicitar información médica de Alexion si tienen preguntas relacionadas con las vacunas meningocócicas para este grupo de edad.

Para obtener más información sobre las últimas recomendaciones sobre las vacunas meningocócicas para pacientes a los que se les receten inhibidores del complemento, consulte las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) en: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/mening.html>.

Las vacunas son obligatorias para los pacientes a los que se les recete un inhibidor del complemento. Las vacunas deben administrarse al menos 2 semanas antes de comenzar con un inhibidor del complemento debido al riesgo de infecciones meningocócicas mortales y potencialmente mortales. **Siga las recomendaciones más actualizadas del ACIP sobre el calendario de vacunación, revacunaciones y refuerzos mientras el paciente siga estando en riesgo de infección.**

Para **obtener una asistencia completa en materia de vacunación**, contacte con OneSource™, un programa gratuito de asistencia al paciente ofrecido por Alexion y diseñado para satisfacer sus necesidades específicas:

Tel. **1.888.765.4747** Sitio web www.AlexionOneSource.com E-mail OneSource@alexion.com

Bibliografía: Mbaeyi SA, Bozio CH, Duffy J, et al. Vacunación meningocócica: recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices de Estados Unidos, 2020. *MMWR Recomm Rep.* 2020;69(9):1-41.

Este material está destinado a residentes de los Estados Unidos.



ALEXION y el logotipo de Alexion son marcas comerciales registradas de Alexion Pharmaceuticals, Inc., y OneSource es una marca comercial de Alexion Pharmaceuticals, Inc. © 2023, Alexion Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US/ALL/0858 V1 10/2023