

**Anexo 8:****Solicitud de vacunas a la Dirección General de Salud Pública**

Nombre del centro:

Fecha solicitud:

Solicitante:

Nombre y apellidos:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

<i>Vacuna</i>	<i>Nombre comercial</i>	<i>Dosis solicitadas</i>	<i>Stock 1¹</i>	<i>Lote 1</i>	<i>Stock 2¹</i>	<i>Lote 2</i>	<i>Dosis devueltas</i>
DTPa HB HibIPV	Hexyon						
DTPa + IPV	Tetraxim						
dTpa >4 años (embarazadas, 14 años)	Triaxis/ Boostrix						
Neumocócica 20	Prevenar 20						
Meningitis A+C+Y+W135 Conj	Nimenrix						
Triple vírica	M-M-RvaxPro						
TV + varicela	ProQuad						
Varicela	Varivax						
Td	Diftavax/ diTeBooster						
VPH	Gardasil 9						
Polio Salk (solo nominal)	Imovax Polio						
Hepatitis B infantil (solo nominal)	HBVaxPro						
Herpes zóster	Shingrix						
Meningitis B	Bexsero						
Rotavirus	RotaTeq						

Observaciones:

¹ Se deben utilizar las vacunas suministradas priorizando las de caducidad más temprana.

² Indicar en observaciones el motivo de la devolución (caducidad, rotura cadena de frío).