|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATION** | **INDICATION** | **VACCIN** | **POSOLOGIE** | **FREQUENCE** |
| **Pneumocoque** | Tous les patients | Prevenar®13 | 0.5ml IM (deltoide)ou s/cut | 1x  |
| **Grippe** | Tous les patients | Inflexal V®, Fluad® Fluarix®,Influvac®Mutagrip® | 0.5ml IM (deltoide) | Vaccin annuel |
| **Hépatite A****(si AC anti HAV neg)** | Patient VIH, HBV ou HCV, toxiconame | Havrix® 1440 | 1.0ml IM (deltoide) | 2 doses: 1 dose j0 et 1 dose entre j180-360 |
| Séjour dans un pays à haut risque \* | Havrix® 1440 | 1.0ml IM (deltoide) | \*1ère dose > 2 sem avant départ |
|  | Patient avec HBs Ag nég et HBs AC nég | HBVAXPRO®dialyse,Gen H-B-Vax®dialyse | 40μg (1ml) IM (deltoide) | 4 doses : 1 dose J0 puis 1 dose j30, j60 et j180 |
| **Hépatite B** | vaccination antérieure complète (3 ou 4 doses) et anti-HBs AC< 10 UI/L | HBVAXPRO®dialyse,Gen H-B-Vax®dialyse | 40μg (1ml) IM (deltoide) | 1 dose de rappel |
|  | Si vaccination antérieure incomplète (<4 doses) et anti-HBs AC< 10 UI/L | HBVAXPRO®dialyse,Gen H-B-Vax®dialyse | 40μg (1ml) IM (deltoide) | compléter les doses |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autres vaccinations** |  |  |  |  |
| **VACCINATION** | **INDICATION** | **VACCIN** ( à titre indicatif) | **FREQUENCE** | **Remarques** |
| **Rougeole** | Tous les patients nés après 1963 | Priorix®, MMRvaxPro®ou | 2 doses à 1 mois d’intervalle | Vaccin combiné rougeole,oreillons, rubéole ou |
| Measles vaccine® | 2 doses à 1 mois d’intervalle | Vaccin rougeole seul |
| **Varicelle** | Tous les patients non immuns | Varilrix, Varivax® | 2 doses à 1 mois d’intervalle |  |
| **dTpa** | Tous les patients | Boostrix® | 1 dose de rappel  | À l’âge de 25 ans |
| **dT** | Tous les patients | Td-pur® | 1 dose de rappel | Dès 25 ans, 1x 20 ans jusqu’à 65 ans puis 1x 10 ans |

Consulter les recommandations vaccination de l’OFSP 2015 <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/index.html?lang=fr>

Les patients insuffisants rénaux en hémodialyse chronique peuvent être vaccinés avec tous les vaccins vivants atténués à l’exception du vaccin oral de la poliomyélite (Polio Sabin®). En cas de vaccination contre la poliomyélite, utiliser un vaccin inactivé (Polorix®**)**