



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

Nombre del centro:

Fecha de solicitud:

Solicitante

Nombre y apellidos:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

<i>Vacuna</i>	<i>Nombre comercial</i>	<i>Dosis solicitadas</i>	<i>Stock 1<sup>1</sup></i>	<i>Lote 1</i>	<i>Stock 2<sup>1</sup></i>	<i>Lote 2</i>	<i>Dosis devueltas</i>
DTPa HB Hib VPI	Hexyon						
DTPa + VPI	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	Diffavax/ 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

<sup>1</sup> Se deben utilizar las vacunas suministradas, priorizando las de caducidad más temprana.

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