



CARTÃO DE VACINAÇÃO PARA PESSOAS COM DIABETES

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nº do cartão SUS: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

Telefone: _____

E-mail: _____



**MANTENHA O CARTÃO DE
VACINAÇÃO ATUALIZADO!**

Apoio:



Patrocinador:



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA ADULTOS E IDOSOS QUE VIVEM COM DIABETES 2026

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) | Em colaboração com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm)

Vacinas	Quando indicar	Esquemas e recomendações	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS		
			Gratuitas na Unidade Básica de Saúde (UBS)	Clínicas privadas de vacinação	RIE*
Influenza (gripe)	Especialmente recomendada	Dose única anual. Abaixo dos 60 anos: 3V. A partir dos 60 anos: preferência pela 3V-HD (alta dose).	SIM, 3V	SIM, 3V, 4V e 3V-HD	SIM, 3V
Hepatite B	Especialmente recomendada	Três doses, esquema 0-1-6 meses. Sorologia 1 a 2 meses após término do esquema.	SIM	NÃO	SIM
Herpes zóster	Especialmente recomendada a partir de 50 anos; considerar a partir dos 18 anos pelo maior risco relatado para pessoas com diabetes.	Duas doses da vacina recombinante (0-2 meses), inclusive para quem já teve a doença ou foi vacinado com a vacina atenuada.	NÃO	SIM	NÃO
Pneumocócica conjugada - VPC20	Especialmente recomendada	VPC20 em dose única (não há indicação de esquema sequencial com VPP23).	NÃO	SIM	SIM
Coronavírus	Especialmente recomendada	Idosos com 60 anos ou mais: uma dose de 6 em 6 meses. Adultos de 20 a 59 anos: uma dose anual ou a cada 6 meses.	SIM	NÃO	SIM
Vírus Sincial Respiratório (VSR)	Especialmente recomendada a partir dos 50 anos para pessoas com diabetes pelo risco de evolução grave ou descompensação, especialmente se fragilizadas, acamadas e/ou residentes em instituições de longa permanência. Dos 18 aos 49 anos de idade, uso a critério médico.	Dose única. Duas vacinas disponíveis e licenciadas a partir dos 18 anos: Arexvy® (GSK) e Abrysvo® (Pfizer) Aplicar em qualquer época do ano, independente da sazonalidade. Não há evidências para doses adicionais.	SIM - para gestantes de qualquer idade, a partir de 28 semanas de gestação, a cada gestação: vacina Abrysvo® (Pfizer), única licenciada para esse grupo. Uso entre 24 e 27 semanas de gestação a critério médico.	SIM	NÃO
Febre amarela	Recomendada para todo brasileiro, independentemente de onde viva. Contraindicada para gestantes e imunodeprimidos.	Duas doses, com intervalo de 10 anos.	SIM - uma dose, se não vacinado ou se a primeira dose foi aplicada antes dos 5 anos de idade.	SIM	NÃO
Tríplice bacteriana acelular adulto (dTpa/dTpa-VIP) / Dupla adulto (dT)	Rotina	Com esquema de vacinação básico completo: reforço com dTpa a cada dez anos.	SIM - dT para adultos e idosos e dTpa para gestantes e profissionais da saúde.	SIM, dTpa e dTpa-VIP	NÃO

Material dirigido ao público em geral. Por favor, consulte o seu médico. Este material foi desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e conta com apoio institucional da GSK. Seu objetivo é fornecer informações gerais sobre vacinação e não substitui a avaliação individual.

NP-BR-AVU-LBND-260002 | Julho de 2026

* Rede de Imunobiológicos Especiais (RIE).

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA ADULTOS E IDOSOS QUE VIVEM COM DIABETES 2026

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) | Em colaboração com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm)

Vacinas	Quando indicar	Esquemas e recomendações	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS		
			Gratuitas na Unidade Básica de Saúde (UBS)	Clínicas privadas de vacinação	RIE*
Meningocócicas conjugadas ACWY	Surto e viagens para áreas de risco.	Dose única. Necessidade de reforços depende da situação epidemiológica.	NÃO	SIM	NÃO
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não previamente vacinados. Pode ser utilizada na pós-exposição ao sarampo. Contraindicada para gestantes e imunodeprimidos.	Para aqueles com uma ou nenhuma dose da tríplice viral: completar ou iniciar esquema de duas doses com intervalo mínimo de 1 mês entre elas. Para adultos com esquema completo, não há indicação de terceira dose como rotina.	SIM – para adultos de até 59 anos	SIM	NÃO
Dengue	Qdenga: adultos até 60 anos, independentemente de contato prévio. Contraindicada para gestantes, lactantes e imunodeprimidos.	Qdenga: duas doses, esquema 0–3 meses.	NÃO	SIM	NÃO
Hepatite A	Não previamente vacinados e sem história da doença. Pode ser utilizada na pós-exposição.	Duas doses, esquema 0-6 meses. Não recomendada sorologia pré ou pós-vacinação.	NÃO	SIM	NÃO
Meningocócica B	Surto e viagens para áreas de risco.	Duas doses, esquema 0-1 mês.	NÃO	SIM	NÃO
HPV	Para homens e mulheres <45 anos. Adultos, mesmo que previamente expostos, podem ser vacinados. A SBIm, com o intuito de ampliar a proteção para os tipos adicionais, recomenda, sempre que possível, o uso preferencial da vacina HPV9, assim como a revacinação daqueles anteriormente vacinados com HPV2 ou HPV4. Contraindicada para gestantes.	Adultos com 20 anos ou mais: três doses da HPV9 (0-1-6 meses).	SIM – HPV4 para os seguintes grupos, sempre em três doses: • Imunossuprimidos: 9 a 45 anos • Vítimas de violência sexual: 15 a 45 anos • Usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV • Pessoas com papilomatose respiratória recorrente (PRR) • Mulheres que passaram por tratamento de lesões de alto grau no colo do útero: sem limite de idade, até 12 meses após o procedimento	SIM - HPV9	NÃO
Varicela	Não previamente vacinados e sem história da doença. Pode ser utilizada na pós-exposição. Contraindicada para gestantes e imunodeprimidos.	Duas doses com intervalo mínimo de 1 mês.	NÃO	SIM	NÃO

VACINA: FEBRE AMARELA (FA)

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: FEBRE AMARELA (FA)

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: INFLUENZA

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: TRIPLÍCE VIRAL (SCR)

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: TRIPLÍCE VIRAL (SCR)

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: VARICELA

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: VARICELA

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: DUPLA ADULTO (dT)

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: DUPLA ADULTO (dT)

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: DUPLA ADULTO (dT)

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: MENINGITE MENINGOCÓCICA ACWY

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: MENINGITE MENINGOCÓCICA B

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: MENINGITE MENINGOCÓCICA B

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: HEPATITE B

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: HEPATITE B

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: HEPATITE B

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: HERPES ZÓSTER

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: HERPES ZÓSTER

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: PNEUMOCÓCICA CONJUGADA**(VPC20)**

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

VACINA: CORONAVÍRUS

Data da aplicação: ____/____/____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____

Lote: _____

Validade: _____

Vacinador: _____