



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ  
ΤΜΗΜΑ Α'

Πληροφορίες: Ε. Γκαρέτσου  
Ταχ. Διεύθυνση: Αριστοτέλους 19  
Ταχ. Κώδικας: 10433  
Τηλέφωνο: 2132161327  
FAX: 2132161907  
Email: ddy@moh.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα, 25 /6/2019  
Αρ. Πρωτ. Δ1α/Γ.Π.οικ.48177

ΠΡΟΣ: ΟΠΩΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

**ΘΕΜΑ: « Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων 2019»**

*Σχετ.: Το πρακτικό της 5ης Συνεδρίας της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών*

Σας διαβιβάζουμε το Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων με τις σχετικές επεξηγήσεις όπως αυτό διαμορφώθηκε από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών προς ενημέρωση σας και τις δικές σας ενέργειες.

**Συνημμένα:**

Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων σελ -13-

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ**

1. Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
(Με την παράκληση να ενημερωθούν όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς αρμοδιότητας σας)
2. Όλες τις Υ.ΠΕ. της χώρας  
Υπόψη Διοικητών  
(Με την υποχρέωση να ενημερωθούν τα Νοσοκομεία και όλοι οι φορείς εθόνης τους)
3. Όλες τις Περιφερειακές Αυτοδιοικήσεις της χώρας  
Γενικές Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας ( έδρες τους)  
Υπόψη Γεν. Δ/των
4. Όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας  
Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας ( έδρες τους)  
Υπόψη Προϊσταμένων Δ/νσεων  
(με την παράκληση να ενημερωθούν όλες οι ιδιωτικές κλινικές της περιοχής τους)
5. Όλες τις Αποκεντρωμένες Διοικήσεις

(με την παράκληση να ενημερωθούν όλοι οι Δήμοι αρμοδιότητας τους)

6. **Ε.Ο.Φ.**  
Υπόψη Προέδρου
7. **Κεντρική Υπηρεσία ΕΟΠΥΥ**  
Υπόψη Προέδρου

#### ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ (με τα συνημμένα)

1. **Υπουργείο Εσωτερικών**
2. **Υπουργείο Παιδείας Έρευνας & Θρησκευμάτων**
3. **Δ/ση Υγειονομικού ΓΕΕΘΑ**  
Στρατόπεδο Παπάγου - Χολαργός (με την παράκληση να ενημερωθούν όλες οι Υγειονομικές Υπηρεσίες)
4. **Δ/ση Υγειονομικού Ελληνικής Αστυνομίας**  
Πειραιώς 153, 118 54 Αθήνα
5. **Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος**  
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)  
Πλουτάρχου 3, 10675 - Αθήνα
6. **Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος**  
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)  
Πειραιώς 134, 118 54 - Αθήνα
7. **Πανελλήνιος Σύλλογος Επισκεπτών Υγείας**  
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)  
Παπαρηγοπούλου15, Αθήνα, Τ.Κ.10561
8. **Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία**  
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη της)  
Θεμιστοκλέους 38, Αθήνα, Τ.Κ. 10678
9. **ΕΣΔΥ**  
Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 Τ. Κ. 11521 Αθήνα
10. **Ε.Ι.ΠΑΣΤΕΡ**  
Βασ. Σοφίας 127 Τ. Κ. 11521 Αθήνα
11. **Ε.Ο.Δ.Υ.**  
Αγράφων 3-5, 15121 - Μαρούσι
12. **Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού**  
**Γρ. Προέδρου**  
Δ/ση Κοινωνικής Παιδιατρικής  
Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»  
Αθήνα - Τ.Κ.115 27
13. **ΕΚΕΠΥ**  
Υπόψη Διοικητή  
Κηφισίας 39, Μαρούσι
14. **ΣΕΥΥΠ**  
Υπόψη Γενικού Επιθεωρητή  
Πειραιώς 205, Αθήνα, Τ.Κ. 11853
15. **Κ.Ε.Δ.Υ**  
Αλ. Φλέμιγκ 34, Βάρη Τ.Κ.16672
16. **Καθηγήτρια κ. Μ. Θεοδωρίδου**  
Πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών

#### ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

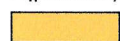



1. Γρ. Υπουργού
2. Γρ. Αναπληρωτή Υπουργού
3. Γρ. Γεν. Γραμματέων
4. Γρ. Γεν. Δ/ντων
5. Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Υγιεινής Περιβάλλοντος

Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2019\*

Εμβόλιο ▼	Ηλικία ►	Γέννηση	1	2	4	6	12	15	18	19-23	2-3	4-6	7-10	11-12	13-14	15-18
			μηνός	μηνών	μηνών	μηνών	μηνών	μηνών	μηνών	μηνών	μηνών	ετών	ετών	ετών	ετών	ετών
Ηπατίτιδας Β (HepB) <sup>1</sup>	- Έναρξη στη γέννηση	HepB	HepB	HepB	HepB, 3 ή 4 <sup>1</sup> δόσεις συνολικά											
	- Όχι έναρξη στη γέννηση		HepB	HepB	HepB, 3 δόσεις συνολικά											
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακυτταρικό Κοκκύτη (DTaP <7 ετών, Tdap ≥7 ετών) <sup>2</sup>			DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) <sup>3</sup>			IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV
Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b (Hib) <sup>4</sup>			Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib
Πνευμονιόκοκκου συζευγμένο (PCV) <sup>5</sup>			PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV
Πνευμονιόκοκκου πολυσακχαριδικό (PPSV23) <sup>6</sup>														PPSV23	PPSV23	PPSV23
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας C συζευγμένο (MCC) <sup>7</sup>							MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδων A,C,W135,Y συζευγμένο (MenACWY) <sup>7</sup>			Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας B πρωτεϊνικό (MenB-4C ή MenB-fHbp) <sup>8</sup>			MenB-4C										MenB-4C ή MenB-fHbp			
Ιλαράς, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) <sup>9</sup>							MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση	MMR 1 <sup>η</sup> δόση
Ανεμευλογιάς (VAR) <sup>10</sup>							VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση	VAR 1 <sup>η</sup> δόση
Ηπατίτιδας Α (HepA) <sup>11</sup>												HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις
Ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) <sup>12</sup>														Θ: HPV 2 δόσεις	Α: HPV 2 δόσεις	Α: HPV 3 δόσεις
Φυματίωσης (BCG) <sup>13</sup>		BCG														
Γρίπης <sup>14</sup>																Ετησίως σε ομάδες αυξημένου κινδύνου
Ρότα ιού (RV1 ή RV5) <sup>15</sup>				RV1 ή RV5	RV1 ή RV5	RV5										

\* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ολιγοδυνάμων.

Σημειώσεις: Το εμβόλιο κάτω από τη διπλή γραμμή δεν περιλαμβάνεται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και συνταγογραφείται με συμμετοχή. Θ: θήλεις, Α: άρρενες (για εμβόλιο HPV).

-  Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας.
-  Συστήνονται σε άτομα που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν.
-  Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλέπε ομάδες αυξημένου κινδύνου).
-  Δεν συστήνονται.

**Επεξηγήσεις για το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων  
(Πίνακας 1)**

**1. Εμβόλιο ηπατίτιδας Β (HepB) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: Γέννηση)**

• **Χορήγηση εμβολίου HepB στη γέννηση**

- Όταν η μητέρα είναι φορέας του ιού της ηπατίτιδας Β (HbsAg +), η 1<sup>η</sup> δόση του μονοδύναμου εμβολίου HepB, καθώς και 0,5 ml υπεράνοσης γ-σφαιρίνης έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β (HBIG), πρέπει να χορηγηθούν ταυτόχρονα και σε διαφορετικά σημεία εντός 12 ωρών από τη γέννηση.
- Σε περίπτωση που δεν είναι γνωστή η κατάσταση φορέας της μητέρας, η 1<sup>η</sup> δόση του εμβολίου HepB πρέπει να χορηγείται εντός 12 ωρών από τη γέννηση. Στη συνέχεια να γίνεται άμεσα έλεγχος για επιφανειακό αντιγόνο (HBsAg) στη μητέρα και αν είναι θετική, να χορηγείται και HBIG στο νεογνό, όχι αργότερα από την ηλικία της μίας εβδομάδος.

• **Δόσεις εμβολίου HepB μετά την 1<sup>η</sup> δόση στη γέννηση**

- Η 2<sup>η</sup> δόση του εμβολίου στα παιδιά μητέρων φορέων που εμβολιάζονται στη γέννηση πρέπει να χορηγείται σε ηλικία 1–2 μηνών και η τρίτη δόση όχι πριν την ηλικία των 24 εβδομάδων (6 μηνών).
- Χορήγηση 4ης δόσης συνιστάται σε πρόωρα, στα οποία η πρώτη δόση χορηγήθηκε ενώ το βάρος τους ήταν  $\leq 2000g$ .
- Όλα τα παιδιά μητέρων-φορέων πρέπει να ελέγχονται μετά την συμπλήρωση και των 3 δόσεων HepB εμβολίου, στην ηλικία 9–12 μηνών, για HBsAg και anti-HBs. Επανάληψη με 1 δόση εμβολίου HepB και έλεγχος για anti-HBs ένα μήνα αργότερα συστήνεται στα παιδιά θετικών μητέρων που εμβολιάστηκαν στη γέννηση και δεν ανέπτυξαν αντισώματα (anti-HBs  $< 10$  mIU/ml).

• **Χορήγηση εμβολίου HepB μετά τη γέννηση**

- Τα παιδιά που δεν εμβολιάζονται στη γέννηση πρέπει να λαμβάνουν 3 δόσεις εμβολίου HepB ως εξής:
  - Σχήμα 0, 1, και 6 μήνες, αρχίζοντας από την ηλικία των 2 μηνών.
  - Μεσοδιάστημα μεταξύ 1ης και 2ης δόσης: τουλάχιστον 4 εβδομάδες.
  - Μεσοδιάστημα μεταξύ της 1ης και 3ης δόσης: τουλάχιστον 4 μήνες.
  - Η τελευταία δόση δεν πρέπει να χορηγείται πριν την ηλικία των 24 εβδομάδων (6 μηνών).
  - Ο εμβολιασμός μπορεί να γίνει και με τη χρήση εξαδύναμων εμβολίων, σύμφωνα με τα δοσολογικά σχήματα που αναφέρονται στα φύλλα οδηγιών των αντίστοιχων εμβολίων.

**2. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη για παιδιά, εφήβους και ενήλικες**

• **Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη (DTaP) για παιδιά <7 ετών (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)**

- Χορηγείται σε 5 δόσεις σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα.
  - Η 4<sup>η</sup> δόση μπορεί να γίνει από τον 15ο μήνα ζωής εφόσον έχουν συμπληρωθεί 6 μήνες μετά την 3<sup>η</sup> δόση.
  - Η 5<sup>η</sup> δόση γίνεται σε ηλικία 4–6 ετών.
- Το DTaP διατίθεται στην Ελλάδα σε συνδυασμό με άλλα εμβόλια ως 4-δύναμο DTaP-IPV, ως 5-δύναμο DTaP-IPV-Hib και ως 6-δύναμο DTaP-IPV-Hib-HepB.
- Τα πολυδύναμα εμβόλια προτιμώνται έναντι των ολιγοδυνάμων.

• **Εμβόλιο τετάνου, διφθερίτιδας, ακυτταρικό κοκκύτη (Tdap) για άτομα  $\geq 7$  ετών**

- Το Tdap περιέχει μικρότερη ποσότητα τοξοειδούς διφθερίτιδας, τετάνου και αντιγόνων κοκκύτη σε σύγκριση με το DTaP.
- Στην ηλικία 11–12 ετών συνιστάται μια επαναληπτική δόση με τη μορφή Tdap ή Tdap-IPV.
- Το Tdap ή Tdap-IPV μπορεί να χορηγηθεί οποτεδήποτε, ανεξάρτητα από το μεσοδιάστημα από την τελευταία δόση εμβολίου που περιέχει τετανικό και διφθεριτικό αντιγόνο.

<p><b>3. Εμβόλιο πολιομυελίτιδας, αδρανοποιημένο (IPV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα είναι απαραίτητες 4 δόσεις IPV.</li> <li>— Εάν η 4<sup>η</sup> δόση χορηγηθεί πριν την ηλικία των 4 ετών, πρέπει να χορηγηθεί μία επιπλέον δόση στην ηλικία 4–6 ετών.</li> </ul>
<p><b>4. Εμβόλιο αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b, συζευγμένο (Hib) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Το εμβόλιο Hib συνιστάται σε όλα τα υγιή παιδιά 2–59 μηνών σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα.</li> <li>— Σχήμα εμβολιασμού με Hib ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παιδιά 2–6 μηνών: 3 αρχικές δόσεις με μεσοδιάστημα 2 μηνών και 1 αναμνηστική δόση 12–15 μηνών.</li> <li>• Παιδιά 7–11 μηνών: 2 δόσεις με μεσοδιάστημα ενός μηνός και 1 αναμνηστική δόση 12–23 μηνών.</li> <li>• Παιδιά που πρωτοεμβολιάζονται σε ηλικία 12–23 μηνών: 2 δόσεις Hib με μεσοδιάστημα 2 μηνών.</li> <li>• Παιδιά που πρωτοεμβολιάζονται σε ηλικία 24 μηνών και άνω: 1 δόση.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>5. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, συζευγμένο (PCV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)</b></p> <p>Κυκλοφορούν δύο εμβόλια, το 13-δύναμο (PCV13) και το 10-δύναμο (PCV10). Στο PCV13 περιλαμβάνονται 3 επιπλέον ορότυποι (3, 6A, 19A), σημαντικοί για την επιδημιολογία των πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων στην Ελλάδα.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Το PCV συνιστάται για όλα τα υγιή παιδιά 2–59 μηνών σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα.</li> <li>— Σχήμα εμβολιασμού με PCV ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παιδιά 2–4 μηνών: 2 αρχικές δόσεις PCV με μεσοδιάστημα 2 μηνών και 1 αναμνηστική δόση στους 12 μήνες.</li> <li>• Παιδιά 5–11 μηνών: 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 1 μηνός και 1 αναμνηστική δόση στους 12 μήνες (με ελάχιστο μεσοδιάστημα 8 εβδομάδων από την τελευταία δόση).</li> <li>• Παιδιά που πρωτοεμβολιάζονται σε ηλικία 12–23 μηνών: 2 δόσεις PCV με μεσοδιάστημα 2 μηνών.</li> <li>• Παιδιά που πρωτοεμβολιάζονται σε ηλικία 24 μηνών και άνω: μία δόση PCV.</li> <li>• Εμβολιασμός προώρων (&lt;37 εβδομάδες κύησης): σχήμα 3+1.</li> </ul> </li> <li>— Τα παιδιά με αυξημένο κίνδυνο νόσησης από πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις συνιστάται να εμβολιάζονται με PCV13 (<a href="#">βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις</a>).</li> </ul>
<p><b>6. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, πολυσακχαριδικό (PPSV23) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 2 έτη)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Το 23-δύναμο πολυσακχαριδικό εμβόλιο (PPSV) συνιστάται να γίνεται επιπλέον του συζευγμένου PCV13 τουλάχιστον 2 μήνες μετά την τελευταία δόση του PCV13, σε άτομα &gt;2 ετών με αυξημένο κίνδυνο νόσησης από πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις (<a href="#">βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις</a>).</li> <li>— Μία αναμνηστική δόση PPSV23 συνιστάται να γίνεται 5 χρόνια μετά την 1<sup>η</sup> δόση.</li> </ul>
<p><b>7. Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου, συζευγμένο μονοδύναμο οροομάδας C (MCC) και τετραδύναμο οροομάδων A,C,W135,Y (MenACWY) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: MCC: 6 εβδομάδες· MenACWY-TT: 6 εβδομάδες· MenACWY-CRM: 2 έτη)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Το MCC γίνεται σε 1 δόση στους 12 μήνες.</li> <li>— Το MenACWY συνιστάται στην ηλικία των 11–12 ετών (με αναπλήρωση έως και τα 18 έτη), ανεξάρτητα αν έχει προηγηθεί εμβολιασμός με MCC.</li> <li>— Το MenACWY συνιστάται, επίσης: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Σε βρέφη και παιδιά (2 μηνών έως 18 ετών) με ανατομική ή λειτουργική ασπληνία (όπως ομόζυγη θαλασσαιμία, δρεπανοκυτταρική και μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία)</li> </ul> </li> </ul>

και με εμμένουσα (συγγενή ή χρόνια) έλλειψη τελικών κλασμάτων του συμπληρώματος, όπως κληρονομική έλλειψη C3, C5-9, προπερδίνης, παράγοντα D ή H, καθώς και όσα βρίσκονται σε θεραπεία με μονοκλωνικό αντίσωμα eculizumab (Soliris).

- Σε βρέφη ( $\geq 2$  μηνών), παιδιά, εφήβους και ενήλικες που ανήκουν σε άλλες ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος).

— Σχήμα εμβολιασμού με MenACWY των βρεφών και παιδιών σε υψηλό κίνδυνο ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού:

- Βρέφη που αρχίζουν τον εμβολιασμό σε ηλικία 2 έως 6 μηνών: 3 δόσεις στις ηλικίες 2, 4 και 12 μηνών (εμβόλιο MenACWY-TT).
- Βρέφη που αρχίζουν εμβολιασμό μεταξύ 7 και 24 μηνών: 2 δόσεις, η 2<sup>η</sup> δόση να χορηγείται μετά τον 1<sup>ο</sup> χρόνο ζωής και τουλάχιστον 12 εβδομάδες από την 1<sup>η</sup> (εμβόλιο MenACWY-TT).
- Παιδιά που αρχίζουν εμβολιασμό μετά την ηλικία των 2 ετών: 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 8 εβδομάδων (εμβόλιο MenACWY-CRM είτε MenACWY-TT).
- Εάν έχει προηγηθεί το MCC, η 1η δόση του MenACWY πρέπει να γίνεται με ελάχιστο μεσοδιάστημα ενός μηνός.
- Στα παιδιά που παραμένει η κατάσταση αυξημένου κινδύνου, συνιστάται αναμνηστική δόση MenACWY 3-5 έτη μετά την ολοκλήρωση του προηγούμενου εμβολιασμού τους.
- MenACWY-TT: μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες.
- MenACWY-CRM: μικρότερη ηλικία χορήγησης: 2 έτη.

#### 8. Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας B, πρωτεϊνικό (MenB-4C ή MenB-fHbp)

(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: MenB-4C: 6 εβδομάδες· MenB-fHbp: 10 έτη)

— Το εμβόλιο MenB συνιστάται από την ηλικία των 2 μηνών έως 18 ετών στις παρακάτω ομάδες αυξημένου κινδύνου:

- Σε βρέφη και παιδιά με ανατομική ή λειτουργική ασπληνία (όπως ομόζυγη θαλασσαιμία, δρεπανοκυτταρική και μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία) και με εμμένουσα (συγγενή ή χρόνια) έλλειψη τελικών κλασμάτων του συμπληρώματος, όπως κληρονομική έλλειψη C3, C5-9, προπερδίνης, παράγοντα D ή H, καθώς και όσα βρίσκονται σε θεραπεία με μονοκλωνικό αντίσωμα eculizumab (Soliris).
- Σε βρέφη ( $\geq 2$  μηνών), παιδιά, εφήβους και ενήλικες που ανήκουν σε άλλες ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος).

— Ο εμβολιασμός MenB μπορεί να γίνει είτε με εμβόλιο MenB-4C είτε με εμβόλιο MenB-fHbp ανάλογα με την ηλικία.

— Σχήμα εμβολιασμού με MenB-4C των βρεφών, παιδιών και εφήβων σε υψηλό κίνδυνο ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού:

- Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες
- Βρέφη που αρχίζουν τον εμβολιασμό σε ηλικία 2 έως 5 μηνών: 4 δόσεις στις ηλικίες 2, 4, 6 και 12–15 μηνών.
- Βρέφη που αρχίζουν τον εμβολιασμό σε ηλικία 6 έως 11 μηνών: 2 δόσεις με ελάχιστο μεσοδιάστημα 8 εβδομάδων και χορήγηση μιας αναμνηστικής δόσης σε ηλικία 12–23 μηνών, τουλάχιστον 2 μήνες μετά τον βασικό εμβολιασμό.
- Νήπια που αρχίζουν τον εμβολιασμό μεταξύ 12 και 23 μηνών: 2 δόσεις με ελάχιστο μεσοδιάστημα 8 εβδομάδων και μια αναμνηστική δόση 12–23 μήνες μετά τη 2η.
- Παιδιά που αρχίζουν τον εμβολιασμό σε ηλικία 2 έως 10 ετών: 2 δόσεις με ελάχιστο μεσοδιάστημα 8 εβδομάδων.
- Παιδιά που αρχίζουν τον εμβολιασμό από την ηλικία των 11 ετών και μετά: 2 δόσεις με ελάχιστο μεσοδιάστημα 1 μήνα.

— Σχήμα εμβολιασμού με MenB-fHbp των παιδιών και εφήβων σε υψηλό κίνδυνο:

- Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 10 έτη.
- Σχήμα 3 δόσεων: 0, 1–2, 6 μήνες.

— Τα εμβόλια MenB-4C και MenB-fHbp δεν είναι εναλλάξιμα μεταξύ τους.

<p><b>9. Εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς (MMR) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Συνιστώνται 2 δόσεις του εμβολίου σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα. Η 2η δόση συστήνεται σε ηλικία 24–47 μηνών, μπορεί όμως να χορηγηθεί και νωρίτερα, αρκεί να έχουν περάσει 4 εβδομάδες μετά την πρώτη. Και οι δύο δόσεις πρέπει να χορηγούνται μετά το 12ο μήνα ζωής.</li> <li>— Παιδιά και έφηβοι που δεν έχουν εμβολιασθεί με 2η δόση πρέπει να αναπληρώσουν το ταχύτερο δυνατόν.</li> <li>— Συνιστάται 1 δόση του εμβολίου MMR σε βρέφη ηλικίας 6 έως 11 μηνών πριν την αναχώρησή τους για χώρες που ενδημούν η ιλαρά, παρωτίτιδα και ερυθρά. Επίσης, σε περιόδους επιδημίας μπορεί να γίνεται εμβολιασμός με MMR από την ηλικία των 6 μηνών. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να επανεμβολάζονται με 2 δόσεις MMR μετά την ηλικία των 12 μηνών σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα.</li> </ul>
<p><b>10. Εμβόλιο ανεμευλογιάς (VAR) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Το εμβόλιο της ανεμευλογιάς συνιστάται μετά την ηλικία των 12 μηνών για παιδιά που δεν έχουν νοσήσει. Η 2η δόση συστήνεται σε ηλικία 24–47 μηνών, μπορεί όμως να χορηγηθεί και νωρίτερα αρκεί να έχουν περάσει 3 μήνες μετά την πρώτη. Στην περίπτωση που η 2η δόση έχει χορηγηθεί με μεσοδιάστημα ενός μηνός από την 1<sup>η</sup> δόση σε παιδιά 12 μηνών έως 12 ετών ο εμβολιασμός θεωρείται επαρκής και δεν επαναλαμβάνεται.</li> <li>— Εμβόλιο Ιλαράς-Παρωτίτιδας-Ερυθράς-Ανεμευλογιάς (MMRV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες).</li> <li>— Το MMRV μπορεί να χορηγείται εναλλακτικά αντί MMR και ανεμευλογιάς μεμονωμένα, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα (1<sup>η</sup> δόση 12–15 μηνών και 2<sup>η</sup> δόση 24–47 μηνών). Εναλλακτικά σύμφωνα και με τα παραπάνω οι δύο δόσεις μπορούν να χορηγηθούν με ελάχιστο μεσοδιάστημα 3 μηνών.</li> </ul>
<p><b>11. Εμβόλιο ηπατίτιδας Α (HepA) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Συνιστώνται δύο δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών σε νήπια 2–6 ετών.</li> </ul>
<p><b>12. Εμβόλιο ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 9 έτη)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ο εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων ενδείκνυται για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς και για την πρόληψη άλλων καρκίνων και καλοήθων νοσημάτων σχετιζόμενων με τον ιό. Η μέγιστη προστασία επιτυγχάνεται εφόσον ο εμβολιασμός ολοκληρωθεί πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Στη χώρα μας διατίθενται το διδύναμο (HPV2) και το εννεαδύναμο (HPV9) εμβόλιο HPV.</li> <li>— Ο εμβολιασμός HPV συστήνεται για κορίτσια στην ηλικία 11–12 ετών. Σε περίπτωση που ο εμβολιασμός δεν γίνει στη συνιστώμενη ηλικία, μπορεί να γίνει αναπλήρωση έως την ηλικία των 18 ετών.</li> <li>— Σχήμα εμβολιασμού με HPV (HPV2 ή HPV9) ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού:       <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έναρξη εμβολιασμού &lt;15 ετών: 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών (σχήμα 0, 6). Σε περίπτωση που οι 2 δόσεις γίνουν με μεσοδιάστημα μικρότερο από 5 μηνών απαιτείται και 3<sup>η</sup> δόση τουλάχιστον 3 μήνες μετά.</li> <li>• Έναρξη εμβολιασμού ≥15 ετών: 3 δόσεις (σχήμα 0, 1–2, 6 μήνες).</li> </ul> </li> <li>— Σε ειδικές περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου συνιστάται εμβολιασμός έναντι του HPV σε <u>κορίτσια και αγόρια</u>, ηλικίας 11–26 ετών (μικρότερη ηλικία χορήγησης 9 ετών) σε σχήμα 3 δόσεων (0, 1–2, 6 μήνες) (<a href="#">βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—λοίμωξη HPV</a>)</li> </ul>
<p><b>13. Εμβόλιο φυματίωσης (BCG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Η πρόληψη της φυματίωσης συστήνεται να γίνεται με εμβολιασμό με BCG στη γέννηση σε νεογνά αυξημένου κινδύνου (<a href="#">βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—φυματική μόλυνση/φυματίωση</a>).</li> <li>— Ο εμβολιασμός συστήνεται, επίσης, σε βρέφη και παιδιά μέχρι και την ηλικία των 5 ετών που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου και δεν έχουν εμβολιαστεί με BCG.</li> </ul>

**Δοκιμασία Mantoux**

Προληπτικός έλεγχος με τη δοκιμασία Mantoux συνιστάται σε βρέφη και παιδιά που ανήκουν στις παραπάνω ομάδες αυξημένου κινδύνου, καθώς και σε περιπτώσεις πιθανής έκθεσης κατά την κρίση του ιατρού.

**14. Εμβόλιο γρίπης**

- Χορηγείται σε άτομα  $\geq 6$  μηνών που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου ([βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—γρίπη](#)).
- Βρέφη και παιδιά ηλικίας  $< 9$  ετών τα οποία εμβολιάζονται για πρώτη φορά ή εκείνα  $< 9$  ετών που στο παρελθόν είχαν λάβει μόνο 1 δόση εμβολίου γρίπης χρειάζονται 2 δόσεις αντιγριπικού εμβολίου με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 28 ημερών.
- Σε βρέφη ηλικίας  $\geq 6$  μηνών, χορηγούνται 0,5 ml (ολόκληρη η δόση) τετραδύναμου αντιγριπικού εμβολίου σύμφωνα με το φύλλο οδηγιών.

**15. Εμβόλιο ρότα ιού (RV)**

- Διατίθενται δύο εμβόλια που χορηγούνται από το στόμα:
  - Το μονοδύναμο (RV1) χορηγείται σε 2 δόσεις (2<sup>ος</sup> και 4<sup>ος</sup> μήνας).
  - Το πενταδύναμο (RV5) σε 3 δόσεις (2<sup>ος</sup>, 4<sup>ος</sup>, 6<sup>ος</sup> μήνας).
  - Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες και για τα δύο εμβόλια.
  - Ολοκλήρωση όλων των δόσεων: έως ηλικία 6 μηνών.
- Εάν καθυστερήσει η έναρξη του εμβολιασμού, η μέγιστη ηλικία για την 1<sup>η</sup> δόση σε εμβολιαζόμενο άτομο είναι η 15<sup>η</sup> εβδομάδα της ζωής και για την τελευταία δόση ο 8<sup>ος</sup> μήνας.
- Εάν δεν είναι γνωστό το ιδιοσκεύασμα που έχει χορηγηθεί στην 1<sup>η</sup> δόση, πρέπει να ολοκληρωθεί το σχήμα με άλλες δύο δόσεις RV1 ή RV5.