DIRECCION PROVINCIAL DE
PROMOCION Y PREVENCION
DE LA SALUD

VACUNA FIEBRE AMARILLA

Quiénes deben y quienes no deben vacunarse contra la fiebre amarilla
https://www.argentina.gob.ar/salud/fiebreamarilla

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION

En cumplimiento con el **Reglamento Sanitario Internacional**, la vacunación siempre deberá estar asentada en el certificado internacional de vacunación. El Certificado debe ajustarse al modelo y contenidos mencionados en el RSI, siendo indistinto el color, gramaje y tamaño del papel utilizado en la confección del mismo. El Certificado Internacional se utilizará para registrar la **vacunación** como así también la **exención.**

De conformidad con la modificación al RSI (2005) adoptada por la **Asamblea Mundial de la Salud** en la resolución WHA67.13, a partir del 11 de julio de 2016 el **periodo de validez de todos los certificados de vacunación contra la fiebre amarilla**, incluidos tanto los ya expedidos como los nuevos, pasa de 10 años a la **totalidad de la vida de la persona vacunada.** Por consiguiente, a partir del 11 de julio de 2016, no se pueden rechazar los certificados de vacunación válidos presentados por las personas viajeras que lleguen a un país por el hecho de que hayan pasado más de 10 años desde la fecha efectiva de vacunación indicada en el certificado; tampoco se pueden exigir dosis de refuerzo o revacunaciones.

¿Cómo completarlo?

Nombre de quien se vacuna tal como figura en **DNI**, en castellano.

Completar en castellano e inglés: **Femenino/female Masculino/male**

Firma y aclaración del vacunado/a.

Completar en castellano e inglés: **Vacuna Fiebre Amarilla/Yellow fever vaccine**

Fiebre amarilla / yellow fever



CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifícase que (nombre) / This is to certify that _____ Nacido (a) el / Date of birth _____ Sexo / Sex _____

Nacionalidad / Nationality _____ Documento de identificación N° / Travel document N° _____

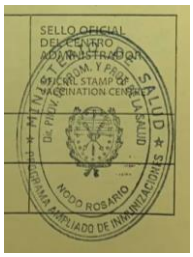
Cuya firma aparece a continuación / Whose signature follows _____

En la fecha indicada ha sido vacunado (a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

_____

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.
In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS / VACCINE OR PROPHYLAXIS	FECHA / DATE	FIRMA Y TÍTULO DEL VACUNADOR / SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILÁCTICO Y N° DE LOTE / MANUFACTURER AND BATCH N° OF VACCINE OR PROPHYLAXIS	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA / CERTIFICATE VALID FROM / UNTIL	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR / OFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
1.					
2.					



Fecha de aplicación

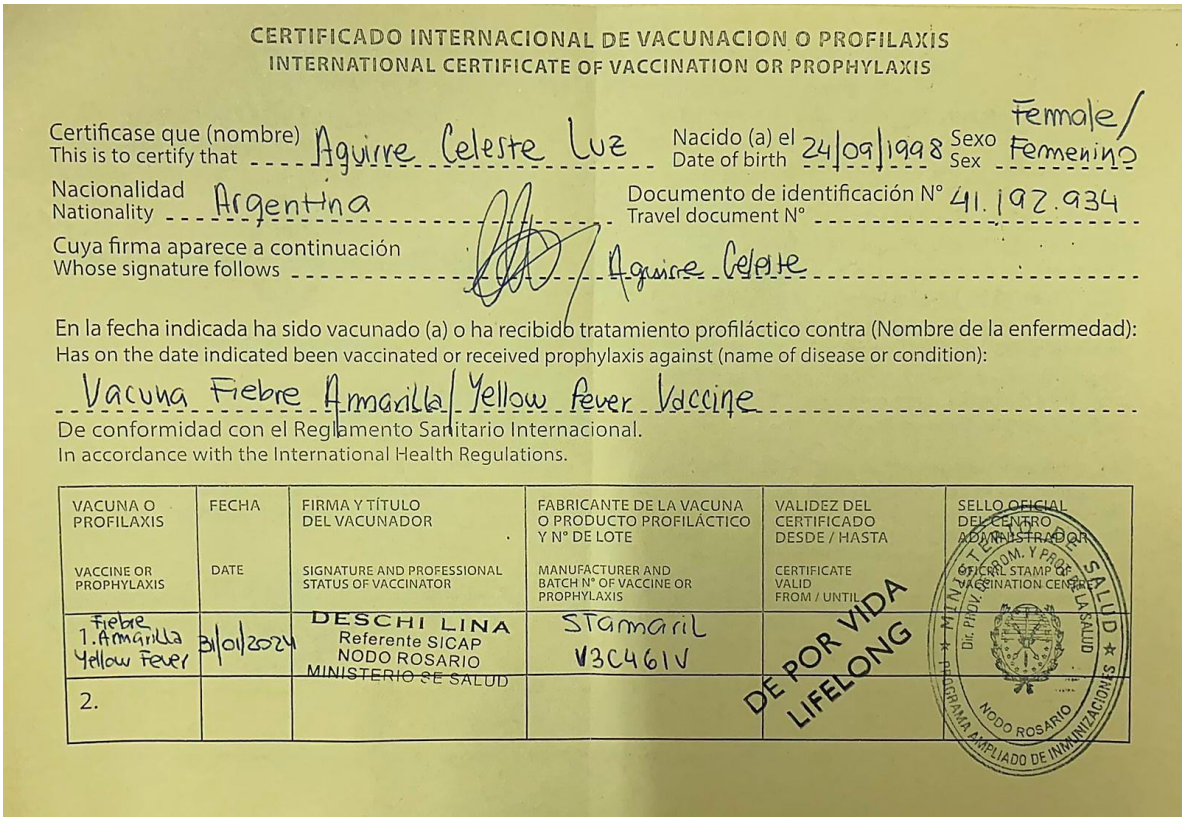
Firma y sello del enfermero/vacunador

STAMARIL y Lote

De por vida/lifelong

Sello oficial de la Institución

Ejemplo:



CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certificase que (nombre) / This is to certify that: Aguirre Celeste Luz — Nacido (a) el / Date of birth: 24/09/1998 — Sexo / Sex: Femenino / Female

Nacionalidad / Nationality: Argentina — Documento de identificación N° / Travel document N°: 41.192.934

Cuya firma aparece a continuación / Whose signature follows: Aguirre Celeste

En la fecha indicada ha sido vacunado (a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):
Vacuna Fiebre Amarilla / Yellow Fever Vaccine

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.
In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS / VACCINE OR PROPHYLAXIS	FECHA / DATE	FIRMA Y TÍTULO DEL VACUNADOR / SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILÁCTICO Y N° DE LOTE / MANUFACTURER AND BATCH N° OF VACCINE OR PROPHYLAXIS	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA / CERTIFICATE VALID FROM / UNTIL	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR / OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
Fiebre 1. Amarilla Yellow Fever	31/01/2024	DESCHI LINA Referente SICAP NODO ROSARIO MINISTERIO DE SALUD	STAMARIL V3C461V	DE POR VIDA LIFELONG	MINISTERIO DE SALUD ★ PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES ★ NODO ROSARIO
2.					

Requerimiento vs recomendación de aplicación de vacuna de FA

El “requerimiento” es una **exigencia,** establecida por los países receptores para prevenir la importación y transmisión de FA. Algunos países lo requieren para todos los viajeros y otros para los provenientes de “**áreas con riesgo aumentado de transmisión de FA**” (OMS). El “requerimiento” está sujeto a cambios en cualquier momento, por lo cual el CDC sugiere corroborar antes del viaje esta situación en la embajada del país de destino. A diferencia del “requerimiento”, la “**recomendación”** es el consejo médico, que se establece para proteger al viajero y depende de los niveles de riesgo que tenga el viaje.

La conducta de vacunar a un viajero a áreas endémicas de FA, que posee condiciones que representan una contraindicación o precaución puede ser una decisión muy difícil, sobre todo en el caso de lactantes menores de 9 meses y adultos mayores de 60 años. Se debe evaluar el **riesgo de exposición** al mosquito vector durante el viaje, contra el riesgo

de presentar un **evento adverso acorde a su condición de base**. Para ello la OMS propone categorizar las regiones según riesgo de transmisión de FA y en base a ello tomar la mejor decisión.

Algunas medidas que pueden resultar útiles a la hora de decidir una estrategia son: explicar los riesgos/beneficios de la vacuna, respaldarse con la bibliografía científica, evaluar en cada caso la decisión teniendo en cuenta los diversos factores expuestos, entregar material escrito informativo al paciente y su familia, diferir la decisión para una segunda consulta (dando tiempo al paciente a considerar las posibilidades, incluso modificar el destino del viaje), e idealmente tomar la decisión en forma conjunta con el pediatra o con el médico de cabecera y la familia.

Adultos > 60 años (evaluar riesgo epidemiológico frente al riesgo de evento adverso):

Cuando el viajero es mayor de 60 años y viaja a un LUGAR DE RIESGO DE FA / VACUNA ES REQUERIDA: se sugiere aplicar la vacuna (ya que es mayor el riesgo de padecer la enfermedad que los efectos post vacunación). Se explican los riesgos que corre por la edad, y si está de acuerdo en vacunarse, se firma el **CONSENTIMIENTO INFORMADO** Y SE APLICA LA VACUNA (y se completa el C**ERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN).**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS PARA VIAJAR A ZONAS DE RIESGO (ver hoja adjunta).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS EN VIAJE A ZONAS CON RIESGO

En la ciudad de ……., a los …… días del mes de …….. de 20….., en la dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de Santa Fe, manifiesto en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado por el Dr./Dra. ……en cuanto a los beneficios, riesgos y alternativas de la vacunación contra la fiebre amarilla. He comprendido el sentido de la indicación de recibir la vacuna contra la fiebre amarilla ya que la misma constituye la mejor herramienta preventiva para evitar contraer la enfermedad, y que existe riesgo de adquirirla en la zona de……..donde viajaré el próximo día…… También se me ha informado que en las personas mayores de 60 años que reciben la vacuna contra la fiebre amarilla se presenta un riesgo mayor de aparición de efectos adversos graves denominados Enfermedad Viscerotrópica y Enfermedad Neurotrópica post vacunales. He comprendido que estas enfermedades post vacunales se pueden manifestar con aparición de fiebre, dolores musculares intensos, dolor de cabeza y manifestaciones digestivas, tales como diarrea, vómitos de diferente intensidad y afectación al hígado, riñón, como así también aparición de hemorragias, y en la forma neurológica con cuadros de encefalitis. También se me informó que dichos eventos pueden ser fatales hasta en el 60% de las personas afectadas. Además, se me informó que la probabilidad de padecer los eventos adversos aumenta a medida que pasan los años; he comprendido que entre los 60 y 70 años por cada 100.000 vacunas administradas, se presenta el evento en 1 a 1,1 de las personas; mientras que en personas mayores de 70 años la probabilidad aumenta a 2,3 a 3,2 casos por 100.000 dosis administradas. De todos modos, he comprendido que en caso de rechazar o no aceptar la vacuna el riesgo de contraer la enfermedad de fiebre amarilla y la consecuente enfermedad viscerotrópica aumenta considerablemente en el destino de mi viaje. Manifiesto que he leído el presente, que he formulado todas las inquietudes en relación a la vacunación, que las mismas han sido adecuadamente respondidas, y que luego de valorar los riesgos de la vacunación frente al riesgo de contraer la fiebre amarilla en el lugar de destino de viaje, consiento expresamente recibir la dosis necesaria de vacunación contra la fiebre amarilla.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

DNI: ……..