



ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ  
ΤΜΗΜΑ Α΄  
Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 19  
Ταχ. Κώδικας: 101 87  
Τηλέφωνο: 2132161138  
Email: ddy@moh.gov.gr

Αθήνα, 20 /4/2023  
Αριθ. Πρωτ. Δ1α/Γ.Π.οικ.22970

ΠΡΟΣ:  
ΟΠΩΣ Ο ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

**Θέμα: «Τροποποίηση στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2023».**

- Σχετικά :*
1. Το ΠΔ 121/2017 «Οργανισμός Υπουργείου Υγείας» (ΦΕΚ 148/Α), όπως ισχύει.
  2. Το άρθρο 81 του Νόμου 4600/2019 με το οποίο τροποποιείται ο Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας.
  3. Το Π.Δ. 68/2021 «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρώτριας Υπουργού και Υφυπουργών» (ΦΕΚ 155/Α΄/31-8-2021).
  4. Η υπ' αριθ. Α1β/Γ.Π.40270/18-8-2020 (ΑΔΑ: Ψ4ΩΑ465ΦΥΟ-6Θ4) Απόφαση Υπουργού «Συγκρότηση και ορισμός μελών στην Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
  5. Η υπ' αριθ. Α1β/Γ.Π.οικ.74193/29-11-2021 Απόφαση του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας με θέμα «Συνέχιση λειτουργίας των Επιτροπών Δημόσιας Υγείας του άρθρου 11 του ν.4675/2020 (ΦΕΚ Α΄ 54) στο πλαίσιο της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας (ΕΕΔΥ)».
  6. Η υπ' αριθ. πρωτ. Γ.Π. Δ1α/Γ.Π.οικ.7601/7-2-2023 (ΑΔΑ:6ΒΖ2465ΦΥΟ-ΜΛΨ) εγκύκλιος με θέμα «Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2023» της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής Περιβάλλοντος.
  7. Το Πρακτικό της 5<sup>ης</sup> Συνεδρίασης της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών για το έτος 2023.
  8. Το από 7/4/2023 Ενημερωτικό Σημείωμα της Υπηρεσίας μας με θέμα «Τροποποίηση στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2023».

Έχοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά και σε συνέχεια του Πρακτικού της 5<sup>ης</sup> Συνεδρίασης της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών για το έτος 2023,

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ**

Τροποποιούμε την υπ' αριθ. πρωτ. Γ.Π. Δ1α/Γ.Π.οικ.7601/7-2-2023 (ΑΔΑ:6ΒΖ2465ΦΥΟ-ΜΛΨ) την Υπουργική Απόφαση με θέμα «Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2023», ως προς τον Πίνακα 1 «Επεξηγήσεις για το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων» και δη το σημείο 12 του Παραρτήματος Α΄ (Εμβόλιο ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 9 έτη), με αποτέλεσμα το εν λόγω σημείο να διαμορφώνεται ως ακολούθως:

**12. Εμβόλιο ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 9 έτη)**

- Ο εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων ενδείκνυται σε αγόρια και κορίτσια για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς επίσης και των καρκίνων του στοματοφάρυγγα, του πρωκτού και του πέους, όπως και καλοήθων νοσημάτων σχετιζόμενων με τον ιό. Η μέγιστη προστασία επιτυγχάνεται εφόσον ο εμβολιασμός ολοκληρωθεί πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Στη χώρα μας διατίθεται το εννεαδύναμο (HPV9) εμβόλιο HPV.
- Ο εμβολιασμός HPV συστήνεται για αγόρια και κορίτσια στην ηλικία 9–11 ετών. Σε περίπτωση που ο εμβολιασμός δεν γίνει στη συνιστώμενη ηλικία, μπορεί να γίνει αναπλήρωση έως την ηλικία των 18 ετών. **Επισημαίνεται ότι το εμβόλιο HPV αποζημιώνεται πλήρως σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 15-18 ετών μέχρι 31.12.2024.** Ο περιορισμός στην αποζημίωση δεν αφορά τις ομάδες αυξημένου κινδύνου που περιγράφονται στη συνέχεια.
- Σχήμα εμβολιασμού με HPV (HPV9) ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού:
  - Έναρξη εμβολιασμού <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.
  - Έναρξη εμβολιασμού ≥15 ετών: 3 δόσεις (σχήμα 0, 1–2, 6 μήνες).
- Σε ειδικές περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου συνιστάται εμβολιασμός έναντι του HPV σε άτομα ηλικίας 9–26 ετών σε σχήμα 3 δόσεων (0, 1–2, 6 μήνες) (βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—λοίμωξη HPV).

Το εμβόλιο έναντι του HPV δεν συνιστάται κατά την κύηση, ωστόσο δεν είναι απαραίτητο να προηγείται test εγκυμοσύνης πριν την έναρξη του εμβολιασμού. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί εγκυμοσύνη, μετά τη χορήγηση του εμβολίου, δεν συνιστάται διακοπή της, αλλά ο εμβολιασμός συμπληρώνεται μετά την ολοκλήρωσή της.

Ο Πίνακας 1, όπως έχει διαμορφωθεί μετά την παρούσα, επισυνάπτεται ως Παράρτημα Α'.

Κατά τα λοιπά ισχύει η ως άνω σχετική (6)Υπουργική Απόφαση.

Το παρόν αναρτάται στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας ([www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)) στον άξονα «Υγεία» και στην ενότητα «Δημόσια Υγεία» - «Εμβολιασμοί» για ενημέρωση των φορέων και των πολιτών.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΛΕΥΡΗΣ**



**ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ****1. Υπουργείο Εσωτερικών**

Γενική Δ/ση Τοπικής Αυτοδιοίκησης  
Δ/ση Οργάνωσης & Λειτουργίας ΟΤΑ  
Σταδίου 27, Τ.Κ. 101 83 Αθήνα

**2. Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων**

Τμήμα Αγωγής Υγείας  
Ανδρέα Παπανδρέου 37, Τ.Κ.151 80 – Μαρούσι

**3.Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων**

(Με την παράκληση να ενημερωθούν όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς αρμοδιότητάς σας)  
Σταδίου 29, Τ.Κ.105 59 – Αθήνα

**4. Όλες τις Υ.Πε. της χώρας**

Υπόψη Διοικητών  
(Με την παράκληση να ενημερωθούν τα Νοσοκομεία και όλοι οι φορείς ευθύνης σας )

**5. Γενικό Επιτελείο Εθνικής Άμυνας**

Δ/ση Υγειονομικού  
(Με την παράκληση να ενημερωθούν οι Υγειονομικές Υπηρεσίες)  
Λεωφόρος Μεσογείων 227-231, Τ.Κ. 154 51- Χολαργός, Αθήνα

**6. Τις Περιφερειακές Αυτοδιοικήσεις της χώρας**

Γενικές Δ/σεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας (έδρες τους)  
Υπόψη Προϊστάμενων Γενικών Δ/ντών

**7. Όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας**

Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας (έδρες τους)  
Υπόψη Προϊσταμένων Δ/σεων  
(Με την παράκληση να ενημερωθούν οι ιδιωτικές κλινικές της περιοχής ευθύνης σας)

**8.Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.)**

Υπόψη Προέδρου  
Λεωφόρος Μεσογείων 284 ,Τ.Κ. 155 62 – Χαλάνδρι

**9. Κεντρική Υπηρεσία ΕΟΠΥΥ**

Υπόψη Προέδρου  
Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι

**10. Δ/ση Υγειονομικού Ελληνικής Αστυνομίας**

Πειραιώς 153, Τ.Κ. 118 54 – Αθήνα

**11. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος**

Πλουτάρχου 3, Τ.Κ. 10675 – Αθήνα  
(Με την παράκληση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

**12. Πανελλήνιος Σύλλογος Επισκεπτών/ Επισκεπτριών Υγείας**

Παπαρηγοπούλου 15, Τ.Κ.105 61- Αθήνα

**13. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος**  
(Με την παράκληση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)  
Πειραιώς 134, 118 54 – Αθήνα

**14. Πανελλήνια Οδοντιατρική Ομοσπονδία**  
(Με την παράκληση να ενημερώσει όλα τα μέλη της)  
Θεμιστοκλέους 38, Τ.Κ.106 78 – Αθήνα

**15. Πανελλήνια Ένωση Ιατρών Δημόσιας Υγείας (ΠΕΙΔΥ) ΕΣΥ**  
(Με την παράκληση να ενημερώσει όλα τα μέλη της)  
Λεωφόρος Αλεξάνδρας 215, Τ.Κ.11523 - Αθήνα

**16. Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία**  
(Με την παράκληση να ενημερώσει όλα τα μέλη της)  
Μπακοπούλου 15, Τ.Κ. 154 51- Ν. Ψυχικό, Αττική

**17. Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ**  
Βασιλίσσης Σοφίας 127, Τ.Κ. 115 21 – Αθήνα

**18. ΕΣΡ**  
Υπόψη Προέδρου  
Αμερικής 5 & Πανεπιστημίου, Τ.Κ. 10564-Αθήνα

**19. ΚΕΔΕ**  
Γ. Γενναδίου 8, Τ.Κ. 10678 - Αθήνα  
(Με την παράκληση να ενημερωθούν όλοι οι Δήμοι της χώρας)

**20. Ε.Κ.Α.Β.**  
Υπόψη Προέδρου  
Τέρμα Οδού Υγείας, Τ.Κ. 115 27- Αθήνα

**21. ΕΟΔΥ**  
Υπόψη Προέδρου  
Αγράφων 3-5, Τ.Κ. 15123 - Μαρούσι

**22. Πα.Δ.Α.-Σχολή Δημόσιας Υγείας**  
Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196, Τ. Κ. 11521- Αθήνα

**23. Η.ΔΙ.Κ.Α**  
Λυκούργου 10, Τ.Κ. 105 51-Αθήνα

**24. Πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών**  
Καθηγήτρια Θεοδορίδου Μαρία  
(Με την παράκληση να ενημερωθούν τα μέλη της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών)

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:**

- Γραφείο Υπουργού
- Γραφείο Αναπληρωτού Υπουργού
- Γραφεία κ.κ. Γενικών Γραμματέων
- Γραφεία κ.κ. Γενικών Διευθυντών
- Όλες τις Δ/σεις & τα Αυτοτελή Τμήματα του Υπουργείου Υγείας

## Παράρτημα Α΄

## Επεξηγήσεις για το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων

## (Πίνακας 1)

<p>1. <b>Εμβόλιο ηπατίτιδας Β (HepB) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: Γέννηση)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Χορήγηση εμβολίου HepB στη γέννηση</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 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.</li> <li>— Σε περίπτωση που δεν είναι γνωστή η κατάσταση φορίας 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.</li> </ul> </li> <li>• <b>Δόσεις εμβολίου HepB μετά την 1<sup>η</sup> δόση στη γέννηση</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 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).</li> <li>— Χορήγηση 4<sup>ης</sup> δόσης συνιστάται σε πρόωρα, στα οποία η πρώτη δόση χορηγήθηκε ενώ το βάρος τους ήταν <math>\leq 2000</math>g.</li> <li>— 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 <math>&lt; 10</math> mIU/ml).</li> </ul> </li> <li>• <b>Χορήγηση εμβολίου HepB μετά τη γέννηση</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Τα παιδιά που δεν εμβολιάζονται στη γέννηση πρέπει να λαμβάνουν 3 δόσεις εμβολίου HepB ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχήμα 0, 1, και 6 μήνες, αρχίζοντας από την ηλικία των 2 μηνών.</li> <li>• Μεσοδιάστημα μεταξύ 1<sup>ης</sup> και 2<sup>ης</sup> δόσης: τουλάχιστον 4 εβδομάδες.</li> <li>• Μεσοδιάστημα μεταξύ της 1<sup>ης</sup> και 3<sup>ης</sup> δόσης: τουλάχιστον 4 μήνες.</li> <li>• Η τελευταία δόση δεν πρέπει να χορηγείται πριν την ηλικία των 24 εβδομάδων (6 μηνών).</li> <li>• Ο εμβολιασμός μπορεί να γίνει και με τη χρήση εξαδύναμων εμβολίων, σύμφωνα με τα δοσολογικά σχήματα που αναφέρονται στα φύλλα οδηγιών των αντίστοιχων εμβολίων.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p>2. <b>Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη για παιδιά, εφήβους και ενήλικες</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη (DTaP) για παιδιά &lt;7 ετών (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Χορηγείται σε 5 δόσεις σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Η 5<sup>η</sup> δόση γίνεται σε ηλικία 4–6 ετών.</li> </ul> </li> <li>— 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.</li> <li>— Τα πολυδύναμα εμβόλια προτιμώνται έναντι των ολιγοδυνάμων.</li> </ul> </li> <li>• <b>Εμβόλιο τετάνου, διφθερίτιδας, ακυτταρικό κοκκύτη (Tdap) για άτομα <math>\geq 7</math> ετών</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Το Tdap περιέχει μικρότερη ποσότητα τοξοειδούς διφθερίτιδας, τετάνου και αντιγόνων κοκκύτη σε σύγκριση με το DTaP.</li> <li>— Στην ηλικία 11–12 ετών συνιστάται μια επαναληπτική δόση με τη μορφή Tdap ή Tdap-IPV.</li> <li>— Το Tdap ή Tdap-IPV μπορεί να χορηγηθεί οποτεδήποτε, ανεξάρτητα από το μεσοδιάστημα από την τελευταία δόση εμβολίου που περιέχει τετανικό και διφθεριτικό αντιγόνο.</li> </ul> </li> </ul>

Η ανθρώπινη αντιτετανική ανοσοσφαιρίνη (TIG) χορηγείται ως προφύλαξη σε άτομα με ελλιπές (<3 δόσεις εμβολίου που περιέχει τοξοειδές του τετάνου) ή άγνωστο ιστορικό εμβολιασμού **ΜΟΝΟ** στις περιπτώσεις πρόσφατου ρυπαρού τραύματος (με χύμα, κόπρανα ή σίελο), συμπεριλαμβανομένων και των θλαστικών ή διαττραινόντων τραυμάτων, των εγκαυμάτων ή του κρουπαγήματος, καθώς και εκείνων από δήγματα ζώων ή βλήματος. Η χορήγηση της TIG γίνεται πάντα και κατά προτίμηση ταυτόχρονα, με μια αναμνηστική δόση ανάλογα με την ηλικία DTaP ή Tdap ή επί ελλείψεως, με Tdap-IPV και επαναπροσδιορισμό του χρονοδιαγράμματος εμβολιασμού. Η μη ταυτόχρονη χορήγηση της ανοσοσφαιρίνης και του εμβολίου δεν επηρεάζει την ανοσοαπάντηση (βλ. Πίνακας 4, Ενδείξεις εμβολιασμού για τον τέτανο παιδιών και εφήβων με τραύμα).

**3. Εμβόλιο πολιομυελίτιδας, αδρανοποιημένο (IPV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)**

- Σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα είναι απαραίτητες 4 δόσεις IPV.
- 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.

**4. Εμβόλιο αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b, συζευγμένο (Hib) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)**

- Το εμβόλιο Hib συνιστάται σε όλα τα υγιή παιδιά 2–59 μηνών σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα.
- Σχήμα εμβολιασμού με Hib ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού:
  - Παιδιά 2–6 μηνών: 3 αρχικές δόσεις με μεσοδιάστημα 2 μηνών και 1 αναμνηστική δόση 12–15 μηνών.
  - Παιδιά 7–11 μηνών: 2 δόσεις με μεσοδιάστημα ενός μηνός και 1 αναμνηστική δόση 12–23 μηνών.
  - Παιδιά που πρωτοεμβολιάζονται σε ηλικία 12–23 μηνών: 2 δόσεις Hib με μεσοδιάστημα 2 μηνών.
  - Παιδιά που πρωτοεμβολιάζονται σε ηλικία 24 μηνών και άνω: 1 δόση.

**5. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, συζευγμένο (PCV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)**

Κυκλοφορούν δύο εμβόλια, το 13-δύναμο (PCV13) και το 15-δύναμο (PCV15). Στο PCV15 περιλαμβάνονται 2 επιπλέον ορότυποι (22F, 33F).

- Το PCV, είτε PCV13 ή PCV15, συνιστάται για όλα τα υγιή παιδιά 2–59 μηνών σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα.
- Σχήμα εμβολιασμού με PCV, είτε PCV13 ή PCV15, ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού:
  - Παιδιά 2–4 μηνών: 2 αρχικές δόσεις PCV με μεσοδιάστημα 2 μηνών και 1 αναμνηστική δόση στους 12 μήνες.
  - 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).
  - Παιδιά που πρωτοεμβολιάζονται σε ηλικία 12–23 μηνών: 2 δόσεις PCV με μεσοδιάστημα 2 μηνών.
  - Παιδιά που πρωτοεμβολιάζονται σε ηλικία 24 μηνών και άνω: μία δόση PCV.
  - Εμβολιασμός προώρων (<37 εβδομάδες κύησης): σχήμα 3+1.
  - Βρέφη και παιδιά ηλικίας κάτω των 24 μηνών που έχουν αρχίσει τον εμβολιασμό με ένα εμβόλιο PCV (είτε PCV13 ή PCV15) μπορούν να ολοκληρώσουν τον εμβολιασμό τους με οποιοδήποτε εμβόλιο (είτε PCV13 ή PCV15).
  - Παιδιά που έχουν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό τους με PCV13 δεν χρειάζονται

πρόσθετη δόση PCV15.

- Τα παιδιά  $\geq 2$  ετών και άνω με αυξημένο κίνδυνο νόσησης από πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις συνιστάται να εμβολιάζονται και με το 23-δύναμο πολυσακχαριδικό εμβόλιο (PPSV) επιπλέον του συζευγμένου PCV (βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις).

**6. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, πολυσακχαριδικό (PPSV23) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 2 έτη)**

- Το 23-δύναμο πολυσακχαριδικό εμβόλιο (PPSV) συνιστάται να γίνεται επιπλέον του συζευγμένου PCV τουλάχιστον 2 μήνες μετά την τελευταία δόση του PCV, σε άτομα  $\geq 2$  ετών με αυξημένο κίνδυνο νόσησης από πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις (βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις).
- Μία αναμνηστική δόση PPSV23 συνιστάται να γίνεται 5 χρόνια μετά την 1<sup>η</sup> δόση.

**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)**

- Το MCC γίνεται σε 1 δόση στους 12 μήνες.
- Το MenACWY συνιστάται στην ηλικία των 11–12 ετών (με αναπλήρωση έως και τα 18 έτη), ανεξάρτητα αν έχει προηγηθεί εμβολιασμός με MCC.
- Το MenACWY συνιστάται, επίσης:
  - Σε βρέφη και παιδιά (2 μηνών έως 18 ετών) 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 ή ravulizumab.
  - Σε βρέφη ( $\geq 2$  μηνών), παιδιά και εφήβους 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 ( MenACWY-TT είτε εμβόλιο MenACWY-CRM).
  - Εάν έχει προηγηθεί το MCC, η 1<sup>η</sup> 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 (Nimenrix), 12 μήνες (MenQuadfi).*
    - *MenACWY-CRM, μικρότερη ηλικία χορήγησης: 2 έτη (Menveo).*
  - Σε παιδιά ηλικίας 12 μηνών και άνω υπάρχει δυνατότητα εναλλαγής των εμβολίων Nimenrix και MenQuadfi.

**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 ή ravulizumab.
  - 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: 8 εβδομάδες
  - Βρέφη που αρχίζουν τον εμβολιασμό σε ηλικία 2 έως 5 μηνών: 3 δόσεις στις ηλικίες 2, 4, 6 (ελάχιστο μεσοδιάστημα 4 εβδομάδες) και χορήγηση μιας αναμνηστικής δόσης σε ηλικία 12–15 μηνών (τουλάχιστον 6 μήνες μετά τον βασικό εμβολιασμό).
  - Βρέφη που αρχίζουν τον εμβολιασμό σε ηλικία 3 έως 5 μηνών: 2 δόσεις με ελάχιστο μεσοδιάστημα 8 εβδομάδων και χορήγηση μιας αναμνηστικής δόσης σε ηλικία 12–15 μηνών, τουλάχιστον 6 μήνες μετά τον βασικό εμβολιασμό.
  - Βρέφη που αρχίζουν τον εμβολιασμό σε ηλικία 6 έως 11 μηνών: 2 δόσεις με ελάχιστο μεσοδιάστημα 8 εβδομάδων και χορήγηση μιας αναμνηστικής δόσης στο 2<sup>ο</sup> χρόνο ζωής, 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 2<sup>η</sup>.
  - 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.
  - Η χορήγηση μετέπειτα αναμνηστικών δόσεων γίνεται ανάλογα με τις επίσημες συστάσεις που αφορούν τις ομάδες αυξημένου κινδύνου.
- 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.

**9. Εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς (MMR) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)**

- Συνιστώνται 2 δόσεις του εμβολίου σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα. Η 2<sup>η</sup> 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 12<sup>ο</sup> μήνα ζωής.
- Παιδιά και έφηβοι που δεν έχουν εμβολιασθεί με 2<sup>η</sup> δόση πρέπει να αναπληρώσουν το ταχύτερο δυνατόν.
- 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 επανεμβολιάζονται με 2 δόσεις MMR μετά την ηλικία των 12 μηνών σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα.

**10. Εμβόλιο ανεμευλογιάς (VAR) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)**

- Το εμβόλιο της ανεμευλογιάς συνιστάται μετά την ηλικία των 12 μηνών για παιδιά που δεν έχουν νοσήσει. Η 2<sup>η</sup> 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 2<sup>η</sup> 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.

- Εμβόλιο Ιλαράς-Παρωτίτιδας-Ερυθράς-Ανεμευλογιάς (MMRV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες).
- 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.

**11. Εμβόλιο ηπατίτιδας Α (HepA) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)**

- Συνιστώνται δύο δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών σε νήπια 2–6 ετών.

**12. Εμβόλιο ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 9 έτη)**

- Ο εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων ενδείκνυται σε αγόρια και κορίτσια για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς επίσης και των καρκίνων του στοματοφάρυγγα, του πρωκτού και του πέους, όπως και καλοήθων νοσημάτων σχετιζόμενων με τον ιό. Η μέγιστη προστασία επιτυγχάνεται εφόσον ο εμβολιασμός ολοκληρωθεί πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Στη χώρα μας διατίθεται το εννεαδύναμο (HPV9) εμβόλιο HPV.
- Ο εμβολιασμός HPV συστήνεται για αγόρια και κορίτσια στην ηλικία 9–11 ετών. Σε περίπτωση που ο εμβολιασμός δεν γίνει στη συνιστώμενη ηλικία, μπορεί να γίνει αναπλήρωση έως την ηλικία των 18 ετών. **Επισημαίνεται ότι το εμβόλιο HPV αποζημιώνεται πλήρως σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 15-18 ετών μέχρι 31.12.2024.** Ο περιορισμός στην αποζημίωση δεν αφορά τις ομάδες αυξημένου κινδύνου που περιγράφονται στη συνέχεια.
- Σχήμα εμβολιασμού με HPV (HPV9) ανάλογα με την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού:
  - Έναρξη εμβολιασμού <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.
  - Έναρξη εμβολιασμού ≥15 ετών: 3 δόσεις (σχήμα 0, 1–2, 6 μήνες).
- Σε ειδικές περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου συνιστάται εμβολιασμός έναντι του HPV σε άτομα ηλικίας 9–26 ετών σε σχήμα 3 δόσεων (0, 1–2, 6 μήνες) (βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—λοιμώξη HPV).

Το εμβόλιο έναντι του HPV δεν συνιστάται κατά την κύηση, ωστόσο δεν είναι απαραίτητο να προηγείται test εγκυμοσύνης πριν την έναρξη του εμβολιασμού. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί εγκυμοσύνη, μετά τη χορήγηση του εμβολίου, δεν συνιστάται διακοπή της, αλλά ο εμβολιασμός συμπληρώνεται μετά την ολοκλήρωσή της.

**13. Εμβόλιο φυματίωσης (BCG)**

- Η πρόληψη της φυματίωσης συνιστάται να γίνεται με εμβολιασμό με BCG στη γέννηση σε νεογνά αυξημένου κινδύνου (βλ. ομάδες αυξημένου κινδύνου—φυματική μόλυνση/φυματίωση).
- Ο εμβολιασμός συνιστάται, επίσης, σε βρέφη και παιδιά μέχρι και την ηλικία των 5 ετών που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου και δεν έχουν εμβολιαστεί με BCG.

**Δερμοαντίδραση Mantoux**

Προληπτικός έλεγχος με τη δερμοαντίδραση 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 ≥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

αντιγριπτικού εμβολίου με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 28 ημερών.

- Σε βρέφη ηλικίας  $\geq 6$  μηνών, χορηγούνται 0,5 ml (ολόκληρη η δόση) τετραδύναμου αντιγριπτικού 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 είναι 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.

*Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών*