

## ALCANCES DE LA VACUNACIÓN

POBLACIÓN A VACUNAR (afiliados a SEMP RE únicamente)	A CARGO SEMP RE (1)	PEDIDO MEDICO (2)
<b>Personas de 65 años de edad o más</b>	SI (100%)	NO
<b>Adultos</b> de cualquier edad con padecimientos tales como enfermedades metabólicas crónicas, diabetes, disfunción renal, hemodializados, asma, enfisema, hemoglobinopatías, inmunosupresión, y especialmente aquellos con afecciones cardiorespiratorias crónicas.	SI (100%)	SI
<b>Adultos</b> de cualquier edad con padecimientos tales como Oncología, Transplantados, SIDA (HIV) y Esclerosis múltiple	SI (100%)	SI
<b>Niños mayores de 24 meses</b> con asma, enfermedad fibroquística, alergias respiratorias severas, enfisema, anemia, enfermedades sanguíneas, diabetes, disfunción renal, con afecciones cardiorespiratorias crónicas, inmunosuprimidos.	SI (100%)	SI
<b>Niños mayores de 24 meses</b> con padecimientos tales como Oncología, Transplantados, SIDA (HIV) y Esclerosis múltiple.	SI (100%)	SI
<b>Niños y adolescentes entre 24 meses y 18 años</b> que reciben tratamiento con aspirina por largo tiempo para disminuir el riesgo del Síndrome de Reye.	SI (100%)	SI
• Niños entre 6 meses y 24 meses (3)	NO (0%)	----
• Embarazadas que están cursando tercer mes o más de embarazo en la temporada invernal. (3)	NO (0%)	----
• Personal que cumple funciones críticas, servicios de salud y de seguridad. (3)	NO (0%)	----
• Puérperas hasta 6 meses post parto. (3)	NO (0%)	----

(1) **GRATUIDAD DE LA VACUNA:** El SEMP RE reconoce con 100% de cobertura y el afiliado no paga nada en el mostrador por la vacuna.

(2) Es la indicación de aplicación de la vacuna, extendida por el médico. La misma debe ser en original y puede estar prescrita en recetario oficial de SEMP RE o en recetario particular, debe contar con los siguientes datos mínimos indispensables:

- Nombre y apellido del afiliado a vacunar
- Denominación de la obra social (SEMP RE)
- Número de afiliado
- Prescripción por nombre genérico
- Fecha de prescripción (no tiene vencimiento, debe ser dentro del año de aplicación).
- Diagnóstico
- Sello legible del profesional y firma

*CUALQUIER ENMIENDA EN ALGUNO DE ESTOS DATOS DEBE ESTAR SALVADA POR EL MÉDICO PRESCRIPTOR*

**(3) NO SE VACUNAN POR SEMP RE. Se vacunan en el Hospital Público según Resolución 35/2012 del Ministerio de Salud de la Nación.**



# CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL SEMP RE 2026

## INFORMACION PARA LA VACUNACION ANTIGRI PAL PARA FARMACIA

VACUNA ANTIGRI PAL	
COMPOSICIÓN – Cepas recomendadas por la OMS y aprobadas por la ANMAT	según Ministerio de Salud de la Nación
Dosis	<u>Ver aparte</u>
VÍA DE APLICACIÓN El líquido de la vacuna debe agitarse antes de aplicar.	<u>Via intramuscular.</u> <ul style="list-style-type: none"><li>En los adultos y niños grandes en el <b>músculo deltoide</b> aunque si no es posible, se puede aplicar en la región <b>anterolateral del muslo</b>.</li><li>En niños pequeños se aplica en la región <b>anterolateral del muslo</b>.</li><li>No se aplica en región <b>glútea</b>.</li></ul>
<u>CONTRAINDICACIONES:</u>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Se debe interrogar al paciente si es alérgico</b> y qué tipo de reacción tuvo en vacunaciones anteriores</li><li><b>No se vacuna personas con fiebre o con enfermedad aguda</b>. Se vacunará cuando se recupere de la afección.</li><li><b>No se vacunan</b> a personas alérgicas al huevo o al timerosal. Tampoco a las personas que presentaron reacción local exagerada o una complicación sistémica en oportunidad de una vacunación antiinfluenza anteriormente recibida.</li></ul>
REACCIONES ADVERSAS:	<b>Dolor y enrojecimiento local en el lugar de la aplicación y fiebre leve.</b>
USO SIMULTÁNEO CON OTRAS VACUNAS	Puede administrarse simultáneamente con otras vacunas actualmente en uso. <b>DEBEN APLICARSE EN SITIOS DIFERENTES</b>
CONSERVACIÓN	<u>CADENA DE FRÍO:</u> La vacuna se conserva entre 2°C a y 8° C. Nunca debe congelarse
PRESCRIPCIÓN	Por nombre genérico (monodroga)
ACREDITACIÓN	En todos los casos deberá solicitarse carnet de afiliado y documento de identidad.

## ESQUEMA Y DOSIS

### VACUNA ANTIGRI PAL

VACUNA ANTIGRI PAL		
Edad	Dosis	Nº Dosis
<b>24 a 35 meses</b>	<b>0,25 ml.</b>	<b>1 a 2 (a-b-c)</b>
<b>3 a 8 años</b>	<b>0,50 ml</b>	<b>1 a 2 (b)</b>
<b>&gt; 9 años y adultos</b>	<b>0,50 ml</b>	<b>1</b>

- Antes de administrar la dosis pediátrica de 0,25 mL, eliminar cuidadosamente la mitad del volumen de la jeringa, la cual se encuentra prellenada con 0,5 mL.
- Se debe administrar 2 dosis con 4 semanas de intervalo a los menores de 9 años. La segunda dosis no es necesaria si el niño ha recibido una o más dosis de una vacuna preparada para una estación anterior.
- Salvo en los casos que la vacuna este elaborada con dosificación pediátrica.

## PROVISIÓN DE VACUNAS A FARMACIAS

**A LAS FARMACIAS SE LES PROVEERÁN LAS VACUNAS SIN CARGO (LAS FARMACIAS NO COMPRAN NI VENDEN)**

## PRESENTACION Y COBRO DE LA PRESTACIÓN PROFESIONAL FARMACEUTICA



# CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIpal SEMPRe 2026

## 1.) HONORARIO PROFESIONAL:

El profesional farmacéutico, por cada aplicación de vacuna (independientemente que a un paciente le aplique las dos vacunas), recibirá como contraprestación el pago de un honorario profesional por cada una.

**Valor del honorario: PESOS SEIS MIL SEISCIENTOS (\$6.600.-).**

## 2.) REGISTRO DE VACUNACION (en soporte informático)

2.1.) Por cada vacuna a aplicar (antigripal) se solicitará autorización ON-LINE (Ver norma ON LINE aparte).

2.2.) En la autorización ON-LINE, se colocará el troquel de la vacuna y se hará firmar al afiliado.

## 3.) PRESENTACION DE LA FACTURACIÓN E IMPORTE A FACTURAR:

**Mensualmente en 1er quincena:** El farmacéutico hará la presentación de todas las aplicaciones realizadas en ese período. Presentando:

3.1.) Todos los **tickets de validación on line** de vacunación incluidos en el periodo (incorporadas en la carátula), con el respectivo troquel y los datos completos del afiliado en el ticket (al menos firma, aclaración y DNI).

En el caso de menores de 65 años, a la autorización ON LINE (ticket) se debe adjuntar la orden médica.

3.2.) Una carátula de Cierre de Lote de Validación On Line (Ver la guía correspondiente).

3.3.) Una **Factura para cobro de prestación de servicios (Honorarios)**: La farmacia debe adjuntar una **Factura Tipo "B" o "C" (según AFIP) a nombre de: INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL – SEMPRe**, CUIT 30-61650059-3 (Resp. Exento) – Av. San Martín Oeste 129 – Santa Rosa, que incluye todas las aplicaciones del período (Lote).

**Ejemplo:**

Por cada lote se presenta una factura. A saber:

### **3.3.1.) Lote de Vacuna Antigripal**

**3.3.1.1.) Vacunas Antigripales aplicadas = 20**

**3.3.1.2.) Importe de la factura a presentar en el lote = 20 x \$6.600 = 132.000 (\*)**

**3.3.1.3.) Concepto de la Factura:** "POR SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO POR CUENTA Y ORDEN DEL SEMPRe PARA APLICACION DE VACUNAS ANTIGRIpALES".

NOTA (\*): El colegio retendrá, a las farmacias, \$660 por cada vacuna para gastos de almacenamiento, distribución y administración.

## PROCEDIMIENTO OPERATIVO

1) **CENTRO DE OPERACIONES DE CAMPAÑA ANTIGRIpal SEMPRe 2026:** Funcionará en Droguería FALPA SAS, Santa Rosa (La Pampa) - Tel. 02954-430013 / 424608. E-MAIL: obrassociales@colfarlp.org.ar

## 2) PROVISIÓN DE LAS VACUNAS A LAS FARMACIAS:

✓ **Primera entrega:** Las vacunas llegarán en forma directa a cada Farmacia adherida.

✓ **Pedido de reposición:** Cada farmacéutico, en función de la demanda, realizará el pedido de vacunas necesarias al mail: obrassociales@colfarlp.org.ar.

**NOTA:** Se debe tener en cuenta que las reposiciones serán semanales y que por razones operativas, resulta **prácticamente imposibles** aumentar dicho número de envíos. Por ende, sugerimos solicitar reposición en función de su consumo semanal, teniendo en cuenta su stock residual. ***Es decir, a modo de ejemplo, si la farmacia recibió 25 vacunas iniciales y aplicó 10 vacunas durante la primera semana, no debe pedir reposición en este momento y debe hacerlo recién en la segunda semana, si es que se mantuvo el mismo ritmo de aplicación.***

## 3) CENTRO DE VACUNACION FIJO: FARMACIA:



## CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIpal SEMPRe 2026

Los puntos que se describen a continuación son las actividades y responsabilidades del Centro de Vacunación y del Farmacéutico:

- ✓ El Farmacéutico recepcionará las vacunas, controlará el cumplimiento de la cadena de frío y firmará el conforme del remito. Caso contrario hará la aclaración pertinente devolviendo el envío.
- ✓ El Farmacéutico garantizará la continuidad de la cadena de frío en la Farmacia.
- ✓ El Farmacéutico D.T. (o quien este halla designado y notificado: auxiliar, enfermero con título habilitante, etc.) realizará la aplicación de la vacuna en forma gratuita. Previa autorización ON-LINE de la prestación.
- ✓ El horario de vacunación será de 6 horas como mínimo, durante los días hábiles y por el período que se extiende la campaña
- ✓ El Farmacéutico devolverá las vacunas sobrantes finalizada la campaña (mantener las vacunas sobrantes con cadena de frío hasta que se indique el procedimiento de devolución).

Luego de realizada cada aplicación, se recomienda descartar el material de aplicación (jeringa y aguja) de acuerdo con el procedimiento de tratamiento de residuos patológicos.

#### 4) CONSULTAS:

El Farmacéutico podrá evacuar todo tipo de consulta operativa y/o técnica, en el CENTRO DE OPERACIONES DE CAMPAÑA, en el horario de atención establecido por el mismo.

### CADENA DE FRIO

El mantenimiento de **la cadena de frío** es **una responsabilidad legal del Farmacéutico**. Esto incluye llevar un registro de temperatura (2 mediciones por día) por cada heladera.

El registro se hará en planillas que el farmacéutico firmará diariamente (Ver modelo más adelante).



# CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL SEMP RE 2026

## REGISTRO DE TEMPERATURA – MARZO 2026

FARMACIA: ..... CÓDIGO:.....

DÍA	MAÑANA	TARDE	FIRMA DT
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

**DEVOLVER AL FINALIZAR LA CAMPAÑA**



# CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL SEMP RE 2026

## REGISTRO DE TEMPERATURA – ABRIL 2026

FARMACIA: ..... CÓDIGO:.....

DÍA	MAÑANA	TARDE	FIRMA DT
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

**DEVOLVER AL FINALIZAR LA CAMPAÑA**



# CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIpal SEMPRe 2026

## REGISTRO DE TEMPERATURA – MAYO 2026

FARMACIA: ..... CÓDIGO:.....

DÍA	MAÑANA	TARDE	FIRMA DT
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

**DEVOLVER AL FINALIZAR LA CAMPAÑA**



# CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIpal SEMPRe 2026

## REGISTRO DE TEMPERATURA – JUNIO 2026

FARMACIA: ..... CÓDIGO:.....

DÍA	MAÑANA	TARDE	FIRMA DT
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

DEVOLVER AL FINALIZAR LA CAMPAÑA





# CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIpal SEMPRe 2026

## REGISTRO DE TEMPERATURA – JULIO 2026

FARMACIA: ..... CÓDIGO:.....

DÍA	MAÑANA	TARDE	FIRMA DT
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

**DEVOLVER AL FINALIZAR LA CAMPAÑA**



# CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIpal SEMPRe 2026

## REGISTRO DE TEMPERATURA – AGOSTO 2026

FARMACIA: ..... CÓDIGO:.....

DÍA	MAÑANA	TARDE	FIRMA DT
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

**DEVOLVER AL FINALIZAR LA CAMPAÑA**