

Solicitação de Imunobiológicos Especiais ao CRIE-UNICAMP

Preenchimento Completo Obrigatório

Centro de Saúde / Município solicitante _____

Paciente (**SEM ABREVIAR**) _____

CNS/SUS _____ RG ou CPF ou CERT NASC _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Nome de mãe: _____

Endereço _____

Bairro _____ CEP _____

Cidade _____

Telefone (____) _____

Cartão SUS: _____

Doença de base ou condição de risco _____

Imunobiológico(s) solicitado(s) _____

Solicitada ao CRIE em ____ / ____ / ____ por _____

Fone para contato (____) _____

OBS: ANEXAR: EXAMES (ELETROFORESE, HEP A, HEP B, HEP C) RELATÓRIO MÉDICO DESCRITIVO, RELATÓRIO DE SAÍDA DA UTI EM CASOS DE PREMATUROS, RECEITA COM O PEDIDO DO IMUNOBIOLÓGICO, FICHA DE NOTIFICAÇÃO, CÓPIA DA CARTEIRA VACINAL.

PREENCHER JUSTIFICATIVAS DAS SOLICITAÇÕES

OS PEDIDOS NÃO SERÃO MAIS ATENDIDOS ATÉ ESTAREM COMPLETOS.
VER INDICAÇÕES NO SITE: www.cve.saude.sp.gov.br Em Imunizações / CRIEs.

JUSTIFICATIVAS DAS SOLICITAÇÕES - PREENCHER DE ACORDO COM A PATOLOGIA

SE PNEUMOPATIAS:

TEM ASMA? SIM NÃO

UTILIZA CORTICÓIDE ORAL? SIM NÃO ___MG/KG/DIA

PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO? SIM NÃO

QUANTAS AO ANO? ___ (Obs: Otite de repetição, DRGE e bronquiolite. NÃO são indicações de vacina antipneumocócica)

SE PREMATURO, DE QTAS SEMANAS _____.

UTILIZOU VENTILAÇÃO MECÂNICA? SIM NÃO

POR ___ DIAS

UTILIZOU CPAP? SIM NÃO POR ___ DIAS

TEM DOENÇA HEMATOLÓGICA? SIM NÃO TIPO _____

SE ANEMIA FALCIFORME – ENVIAR ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS

TEM ASPLÊNIA FUNCIONAL? SIM NÃO ETIOLOGIA: _____

TEM ASPLÊNIA ANATÔMICA? SIM NÃO

TEM ESPLENECTOMIA PREVISTA? SIM NÃO EM: ___/___/___

TEM IMUNODEFICIÊNCIA OUTRA? SIM NÃO TIPO/ETIOLOGIA: _____

IMUNOSSUPRESSÃO:

TEM NEOPLASIA? SIM NÃO TIPO: _____

FAZ QUIMIOTERAPIA? SIM NÃO

TEM NEFROPATIA? SIM NÃO

FAZ HEMODIÁLISE? SIM NÃO

TMO/TCTH? SIM NÃO TRANSPLANTE ÓRGÃO SÓLIDO? SIM NÃO

TEM HIV? SIM NÃO

TEVE EVENTO ADVERSO? SIM NÃO VACINA _____

(ANEXAR FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSOS)

FARÁ IMPLANTE COCLEAR? SIM NÃO

TEM DOENÇA NEUROLÓGICA? SIM NÃO TIPO/ETIOLOGIA: _____

ESTABILIZADA? SIM NÃO EM PROGRESSÃO? SIM NÃO

TEM CARDIOPATIA CONGÊNITA? SIM NÃO TIPO/ETIOLOGIA: _____

COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA? SIM NÃO

AGUARDA CIRURGIA? SIM NÃO JÁ FEZ CIRURGIA? SIM NÃO

RESOLVIDO A CARDIOPATIA? SIM NÃO

USA MEDICAÇÃO ATUALMENTE SIM NÃO

OUTRAS PATOLOGIAS E JUSTIFICATIVAS: _____

Profissional responsável pelo preenchimento _____

VIDE INDICAÇÕES DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

www.cve.saude.sp.gov.br/imunizacoes/cr ies