



FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS (SI-CRIE)

SRS:	EAPV	CÓDIGO SI- EAPV	DATA DE CADASTRO NA CENTRAL DE IMUNIZAÇÃO	Nº CÓDIGO NO SI-CRIE:
BH	Data: ___/___/___		Data: ___/___/___	RESPONSÁVEL :

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE:	UBS DE MORADIA DO PACIENTE:	SALA DE VACINA DE REFERÊNCIA DO PACIENTE:
-------------------------------	-----------------------------	---

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME COMPLETO	SEXO:	COR / ETNIA		PESO
	() MASCULINO	() NEGRO	() PARDO	KG
	() FEMININO	() BRANCO	() ÍNDIO	

DATA DE NASCIMENTO:	DATA DE CADASTRO NO SI-CRIE:
---------------------	------------------------------

NOME DA MÃE:	NOME DO PAI:
--------------	--------------

Nº PRONTUÁRIO:	Nº DO CARTÃO SUS (CNS):
----------------	-------------------------

LOGRADOURO (Rua, Avenida):	Nº:	COMPLEMENTO:
----------------------------	-----	--------------

BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONES:
---------	---------	-----	------	------------

PROFISSÃO	E-MAIL:
-----------	---------

ENCAMINHADOR (GERENCIA REGIONAL DE SAÚDE):
--

OBSERVAÇÕES (UM BREVE HISTORICO COM DIAGNÓSTICOS/ MEDICAÇÃO/ INDICAÇÃO DA VACINA):
--

DATA:	RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	CARIMBO/ ASSINATURA:
-------	---------------------------------	----------------------

PRESCRIÇÃO

MOTIVO DE INDICAÇÃO	DOENÇA DE BASE (USO DA SES)	IMUNOBIOLÓGICO	Nº da Dose
Abuso Sexual	Asplenia Anat. / Funcional	Imunoglobulina Anti-Hepatite-B	
Acidente Percutâneo / Contato Mucosa caso índice Ag Hbs (+) ou de Alto Risco	Cardiopatas Crônicas	Imunoglobulina Anti-Rábica	
Asplenia Anatomica ou Funcional	Diabetes	Imunoglobulina Antitetânica	
Bloqueio de Surto	Encefalopatias	Imunoglobulina Antivaricela-Zoster	
Comunicantes Domiciliares de HBsAG Positivo	Fístula Liquórica	Vacina Contra Febre Tifóide	
Comunicantes Sexuais	Gestantes	Vacina Contra Haemophilus Influenzae "B"	
Contato Domiciliar	Hemoglobinopatias	Vacina Contra Hepatite "A"	
Convulsão	Hepatopatias	Vacina Contra Hepatite "B"	
Diabetes Melitos	HIV + (SIDA)	Vacina Contra Influenza	
Doadores de Sangue	Imunodeficiência adquirida	Vacina Contra Meningite "A/C"	
Doença Cardiovascular Crônica	Imunodeficiência congênita	Vacina Contra Pólio Inativada	
Doença Pulmonar Crônica	Insuficiência Renal Crônica	Vacina Contra Varicela	
Evento Adverso Prévio	Neoplasias	Vacina DTP Acelular	
Familiares e Pessoas Suscetíveis e Imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar	Outros	Vacina Dupla Infantil	
Fístula Liquórica	Pneumopatias	Vacina Meningocócica Conjugada Tipo "C"	
Gestantes	Prematuridade	Vacina Meningocócica ACWY	
Grupos de Risco para Hepatite B	Púrpuras	Vacina Pneumococo 13 Valente	
Hepatopatias	Saudável	Vacina Pneumococo 23 Valente	
HIV Positivo	Sem Doenças de Base	Vacina HPV	
Imunocomprometidos	Síndrome Nefrótica	OUTRO - ESPECIFICAR ABAIXO	
Imunodeficiência Congênita	Síndromes Congên / Genéticas		
Imunodeficiência Adquirida	T. M. O.		
Leucemia Linfóide Aguda e Tumores Sólidos em Remissão, desde que apresente	Transplantados		
Outros			
Pacientes com Hemonoglobinopatias			
Profissional de Saúde			
Protocolo			
Puérpera			
Renal Crônica			
Risco Profissional			
RN de mãe HBsAG Positivo			
RN Suscetível			
Rotina			
SIDA E			
Síndrome Nefrótica			
Teste de Suscetibilidade Positiva			
Transplante de Medula Óssea			
Transplante de Órgão			
Viajante			

TEXTO CLINICO

CASO O MOTIVO DA INDICAÇÃO SEJA "EVENTO ADVERSO"

DATA DO EVENTO:	TIPO DE EVENTO:

DATA: ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Responsável pela Solicitação