



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA XXVIII-CARAGUATATUBA

FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (SI-CRIE)

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE							
NOME COMPLETO	SEXO		COR / ETNIA				PESO
	MASC	FEM	NEGRO	BRANCO	PARDO	ÍNDIO	KG
DATA DE NASCIMENTO	DATA DE ATENDIMENTO						
NOME DA MÃE	NOME DO PAI						
LOGRADOURO (Rua, Avenida)						Nº	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:						
CIDADE:	UF:	CEP:			TELEFONE:		
PROFISSÃO	E-MAIL						
ENCAMINHADOR (GRS)							
OBSERVAÇÕES:							
Nº PRONTUÁRIO				Nº DO CARTÃO SUS (CNS)			

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	Cardiopatias 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 Haemophilus Influenzae "B"	
Comunicantes Sexuais	Gestantes	Vacina Contra Hepatite "A"	
Contato Domiciliar	Hemoglobinopatias	Vacina DTP Acelular	
Convulsão	Hepatopatias	Vacina Pneumococo 23	
Diabetes Melitos	HIV + (SIDA)	Vacina Pneumococo 13 Valente	
Doadores de Sangue	Imunodeficiência adquirida	Outro - Especificar Abaixo	
Doença Cardiovascular Crônica	Imunodeficiência congênita		
Doença Pulmonar Crônica	Insuficiência Renal Crônica		
Evento Adverso Prévio	Neoplasias		
Familiares e Pessoas Suscetíveis e Imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar	Outros		
Fístula Liquórica	Pneumopatias		
Gestantes	Prematuridade		
Grupos de Risco para Hepatite B	Púrpuras		
Hepatopatias	Saudável		
HIV Positivo	Sem Doenças de Base		
Imunocomprometidos	Síndrome Nefrótica		
Imunodeficiência Congênita	Síndromes Congên / Genéticas		
Imunodeficiência Adquirida	T. M. O.		
Leucemia Linfoide 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			

CASO O MOTIVO DA INDICAÇÃO SEJA "EVENTO ADVERSO"

DATA DO EVENTO:	TIPO DE EVENTO:
-----------------	-----------------

DATA: ____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura do Responsável pela Solicitação