



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA / COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO

FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGÍCOS ESPECIAIS (SI-CRIE)

GRS:		Nº CÓDIGO NO SI-CRIE:					
DADOS PESSOAIS DO PACIENTE							
NOME COMPLETO	SEXO		COR / ETNIA				PESO
	MASC	FEM	NEGRO	BRANCO	PARDO	ÍNDIO	KG
DATA DE NASCIMENTO	DATA DE CADASTRO NO SI-CRIE						
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
<input type="checkbox"/> Abuso Sexual	<input type="checkbox"/> Asplenia Anat. / Funcional	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina Anti-Hepatite-B	
<input type="checkbox"/> Acidente Percutâneo / Contato Mucosa caso índice Ag Hbs (+) ou de Alto Risco	<input type="checkbox"/> Cardiopatias Crônicas	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina Anti-Rábica	
<input type="checkbox"/> Asplenia Anatomica ou Funcional	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina Antitetânica	
<input type="checkbox"/> Bloqueio de Surto	<input type="checkbox"/> Encefalopatias	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina Antivaricela-Zoster	
<input type="checkbox"/> Comunicantes Domiciliares de HBsAG Positivo	<input type="checkbox"/> Fístula Liquórica	<input type="checkbox"/> Vacina Contra Febre Tifóide	
<input type="checkbox"/> Comunicantes Sexuais	<input type="checkbox"/> Gestantes	<input type="checkbox"/> Vacina Contra Haemophilus Influenzae "B"	
<input type="checkbox"/> Contato Domiciliar	<input type="checkbox"/> Hemoglobinopatias	<input type="checkbox"/> Vacina Contra Hepatite "A"	
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Vacina Contra Hepatite "B"	
<input type="checkbox"/> Diabetes Melitos	<input type="checkbox"/> HIV + (SIDA)	<input type="checkbox"/> Vacina Contra Influenza	
<input type="checkbox"/> Doadores de Sangue	<input type="checkbox"/> Imunodeficiência adquirida	<input type="checkbox"/> Vacina Contra Meningite "A/C"	
<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica	<input type="checkbox"/> Imunodeficiência congênita	<input type="checkbox"/> Vacina Contra Pólio Inativada	
<input type="checkbox"/> Doença Pulmonar Crônica	<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crônica	<input type="checkbox"/> Vacina Contra Varicela	
<input type="checkbox"/> Evento Adverso Prévio	<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Vacina DTP Acelular	
<input type="checkbox"/> Familiares e Pessoas Suscetíveis e Imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Vacina Dupla Infantil	
<input type="checkbox"/> Fístula Liquórica	<input type="checkbox"/> Pneumopatias	<input type="checkbox"/> Vacina Meningocócica Conjugada Tipo "C"	
<input type="checkbox"/> Gestantes	<input type="checkbox"/> Prematuridade	<input type="checkbox"/> Vacina Pneumococo 23	
<input type="checkbox"/> Grupos de Risco para Hepatite B	<input type="checkbox"/> Púrpuras	<input type="checkbox"/> Vacina Pneumococo 7 Valente	
<input type="checkbox"/> Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Saudável	<input type="checkbox"/> Vacina Pentavalente	
<input type="checkbox"/> HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sem Doenças de Base	<input type="checkbox"/> Outro - Especificar Abaixo	
<input type="checkbox"/> Imunocomprometidos	<input type="checkbox"/> Síndrome Nefrótica		
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência Congênita	<input type="checkbox"/> Síndromes Congên / Genéticas		
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência Adquirida	<input type="checkbox"/> T. M. O.		
<input type="checkbox"/> Leucemia Linfoide Aguda e Tumores Sólidos em Remissão, desde que apresente	<input type="checkbox"/> Transplantados		
<input type="checkbox"/> Outros			
<input type="checkbox"/> Pacientes com Hemonoglobinopatias			
<input type="checkbox"/> Profissional de Saúde			
<input type="checkbox"/> Protocolo			
<input type="checkbox"/> Puérpera			
<input type="checkbox"/> Renal Crônica			
<input type="checkbox"/> Risco Profissional			
<input type="checkbox"/> RN de mãe HBsAG Positivo			
<input type="checkbox"/> RN Suscetível			
<input type="checkbox"/> Rotina			
<input type="checkbox"/> SIDA E			
<input type="checkbox"/> Síndrome Nefrótica			
<input type="checkbox"/> Teste de Suscetibilidade Positiva			
<input type="checkbox"/> Transplante de Medula Óssea			
<input type="checkbox"/> Transplante de Órgão			
<input type="checkbox"/> 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