



## FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)



### DADOS DA SOLICITAÇÃO

NOME DA URS

MUNICÍPIO ENCAMINHADOR

DATA

ESTABELECIMENTO DE SOLICITAÇÃO

ORIGEM DA SOLICITAÇÃO

☐

Rede privada

☐

Rede pública



### DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME COMPLETO

CPF

NOME SOCIAL

DATA DE NASCIMENTO

CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

COR

☐

Amarelo

☐

Branco

☐

Indígena

☐

Pardo

☐

Preto

SEXO

PESO

TELEFONE

☐

Feminino

☐

Masculino

E-MAIL

TELEFONE SECUNDÁRIO

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

RUA, AVENIDA, LADEIRA, ALAMEDA

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

UF

PROFISSÃO

GRAU DE ESCOLARIDADE



## MOTIVOS DE INDICAÇÃO

\* CLASSIFICAR E/OU INFORMAR CID

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL  | <input type="checkbox"/> ENCEFALOPATIAS   | <input type="checkbox"/> PUÉRPERA   |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE PERCUTÂNEO/CONTATO MUCOSA CASO ÍNDICE DE AG HBS (+) OU DE ALTO RISCO | <input type="checkbox"/> FAMILIARES E PESSOAS SUSCETÍVEIS E IMUNOCOMPETENTES QUE ESTEJAM EM CONVÍVIO DOMICILIAR | <input type="checkbox"/> RENAL CRÔNICA                                      |
| <input type="checkbox"/> ASPLENIA ANATÔMICA OU FUNCIONAL   | <input type="checkbox"/> FÍSTULA LIQUÓRICA E DVP  | <input type="checkbox"/> RISCO PROFISSIONAL                                 |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO OU SURTO   | <input type="checkbox"/> GESTANTES  | <input type="checkbox"/> RN DA MÃE HBSAG POSITIVO                           |
| <input type="checkbox"/> COMUNICANTES DOMICILIARES DE HBS  | <input type="checkbox"/> GRUPOS DE RISCOS PARA HEPATITE B   | <input type="checkbox"/> RN SUSCETÍVEL - PREMATURIDADE                      |
| <input type="checkbox"/> COMUNICANTES SEXUAIS  | <input type="checkbox"/> HEMONOGLOBINOPATIAS  | <input type="checkbox"/> SEM DOENÇA DE BASE                                 |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CONVULSIVA CRÔNICA   | <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS   | <input type="checkbox"/> SÍNDROMES GENÉTICAS                                |
| <input type="checkbox"/> DOENÇAS DERMATOLÓGICAS CRÔNICAS GRAVES *                                      | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS   | <input type="checkbox"/> TESTES DE SUSCETIBILIDADE POSITIVA                 |
| <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS   | <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO  | <input type="checkbox"/> T.M.O  |
| <input type="checkbox"/> DOADORES DE CÉLULAS TRONCO E/OU ÓRGÃOS SÓLIDOS                                | <input type="checkbox"/> IMPLANTE COCLEAR   | <input type="checkbox"/> TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS                      |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIOVASCULAR CRÔNICA   | <input type="checkbox"/> IMUNOCOMPROMETIDOS *   | <input type="checkbox"/> TRISSOMIAS (SÍNDROME DE DOWN E OUTRAS);            |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA DE DEPÓSITO *  | <input type="checkbox"/> IMUNODEFICIÊNCIA CONGÊNITA   | <input type="checkbox"/> USO CRÔNICO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO;             |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA HEMORRÁGICA (COAGULOPATIA)   | <input type="checkbox"/> IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA   | <input type="checkbox"/> OUTRAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS À DISFUNÇÃO ESPLÊNICA; |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA CRÔNICA INCAPACITANTE *                                    | <input type="checkbox"/> NEOPLASIAS   | <input type="checkbox"/> OUTROS   |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA PULMONAR CRÔNICA - PNEUMOPATIAS*                                       | <input type="checkbox"/> NEFROPATIA CRÔNICA/SÍNDROME NEFRÓTICA;   |   |
| <input type="checkbox"/> DOENÇAS REUMATOLÓGICAS  | <input type="checkbox"/> PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO  |   |
| <input type="checkbox"/> EVENTO ADVERSO PRÉVIO   | <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL DE SAÚDE  |   |
|  | <input type="checkbox"/> PÚRPURA (ASPLENIA/IMUNOSSUPRESSÃO)   |   |

EVENTO ADVERSO

NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO DO ESAVI NO E-SUS NOTIFICA



## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



## DOCUMENTOS DO PACIENTE

ANEXE A ESTA FICHA DOCUMENTOS SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE:

- **CARTÃO DE VACINA** (SE POSSUIR MAIS DE UM, ANEXAR TODOS)
- **RELATÓRIO MÉDICO COM CID**
- **RECEITUÁRIO COM NOME E DOSAGEM DA MEDICAÇÃO, CASO FAÇA USO DE ALGUMA** (ESPECIALMENTE EM CASOS DE IMUNOSSUPRESSÃO)
- **QUAISQUER DOCUMENTOS COMPLEMENTARES QUE ACHAR NECESSÁRIO PARA COMPREENSÃO DO CASO CLÍNICO** (MÁXIMO 3)

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO