



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA DE AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS / COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES

FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS 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 (GERENCIA REGIONAL DE SAÚDE)							
OBSERVAÇÕES:							
Nº PRONTUÁRIO				Nº DO CARTÃO SUS (CNS)			

PRESCRIÇÃO

MOTIVO DE INDICAÇÃO		DOENÇA DE BASE (USO DA SES)		IMUNOBIOLOGICO		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 Anatômica 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 CLÍNICO

CASO O MOTIVO DA INDICAÇÃO SEJA "EVENTO ADVERSO"

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

DATA: ____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura do Responsável pela Solicitação