FICHA DE SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS

|  |
| --- |
| DADOS DO PACIENTE |
| NOME: |
|  | Data da solicitação: |
| SEXO: | RAÇA negra branca parda indígena | Nascimento: |
| MÃE: |
| ENDEREÇO:  | Nº |
| Complemento |
| BAIRRO: |
| CIDADE: | ESTADO: | CEP |
| Telefones: -  |  - |  - |
| PROFISSÃO |
| Prontuário | CNS |
| NOME COMPLETO DO PRESCRITOR: Assinatura: Carimbo:Serviço onde acompanha: |

|  |
| --- |
| MOTIVO DE INDICAÇÃO |
|  | Abuso sexual |  | HIV + / SIDA |
|  | Acidente percutâneo/ permucosa |  | Implante de cóclea |
|  | Alergia a componentes da vacina |  | Imunodeficiência congênita |
|  | Alergia a soro heterólogo |  | Imunodepressão terapêutica |
|  | Asma persistente, moderada ou grave |  | Neoplasia  |
|  | Asplenia anatômica ou funcional |  | Neuropata  |
|  | Cardiopata  |  | Permanência em UTIN na idade da vacinação |
|  | Contato sexual de HbsAg + |
|  | Contato domiciliar Varicela |  | Pneumopata |
|  | Contato hospitalar Varicela |  | Profissional de saúde |
|  | Comunicante domiciliar de imunodeprimido |  | Renal crônico  |
|  | Risco de descompensação se febre |
|  | Convulsão |  | RN de mãe HBsAg + |
|  | Diabetes melitus |  | RN de mãe HIV+ /exposto |
|  | Doença de depósito |  | Síndrome nefrótica |
|  | Evento Adverso prévio |  | Transplantado de Medula óssea |
|  | Fístula liquórica |  | Transplante de Órgão Sólido  |
|  | Gestante suscetível em contato domiciliar com varicela |  | Uso crônico de AAS |
|  | Varicela materna 5 dias pré-parto e 2 dias pós-parto |
|  | Hemoglobinopatias |
|  | Hepatopatias |  | Outros |
|  | Descrição do Motivo da Indicação: |

|  |
| --- |
| DOENÇA DE BASE |
|  | Anemia falciforme |  | Hospitalizados |
|  | Asplenia anatômica ou funcional |  | Implante de cóclea |
|  | Cardiopatias crônicas |  | Imunodeficiência congênita |
|  | Contato com varicela |  | Imunodeficiência terapêutica |
|  | Dermatopatias crônicas graves |  | Nefropatias |
|  | Diabetes |  | Neoplasias |
|  | Doadores de órgão sólido/ medula óssea |  | Neuropata |
|  | Doença convulsiva crônica |  | Outros |
|  | Doença de depósito |  | Pneumopata |
|  | Doença hemorrágica |  | Pré-esplectomia |
|  | Doença neurológica crôn. incapacitante |  | Prematuridade Extrema (menor de 31 semanas e/ou menor 1.000 grs) |
|  | Encefalopatias |  |
|  | Esplenectomizados |  | Reação adversa a Penta |
|  | Fibrose cística |  | Sem doença de base |
|  | Fístula liquórica |  | Transplantado de Medula óssea |
|  | Hemoglobinopatias |  | Transplante de Órgão Sólido  |
|  | Hepatopatias |  | Trissomia |
|  | HIV + / SIDA  |  |  |
|  | Descrição da Doença de Base: |

|  |
| --- |
| VACINAS / IMUNOGLOBULINAS |
|  | Dupla adulto (dT) |  | Influenza |
|  | Dupla infantil (DT) |  | Meningocócica conjugada C |
|  | Haemophilus Influenza B (Hib) |  | Pentavalente (DTP + HB + Hib) |
|  | Hepatite A |  | Pneumocócica conjugada 10 valente |
|  | Hepatite B |  | Pneumococo 23 valente |
|  | HPV |  | Pólio inativada (VIP) |
|  | Imunoglobulina Hepatite B |  | Tríplice Acelular pediátrica (DPTa) |
|  | Imunoglobulina Raiva |  | Tríplice acelular do Adulto (dTpa) |
|  | Imunoglobulina Tetânica |  | Tríplice Viral |
|  | Imunoglobulina Varicela  |  | Varicela |

|  |
| --- |
| REGISTRO DAS DATAS DE DOSES DE VACINAS ESPECIAIS JÁ APLICADAS; DESCRIÇÃO DA DOENÇA DE BASE E DEMAIS OBSERVAÇÕES |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |