



CENTRO DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS - CRIE

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

DADOS DO USUÁRIO		
NOME		
		Data:
SEXO	Data de Nascimento:	
MÃE		
ENDEREÇO:		
Bairro		
Cidade	Estado	CEP
Telefones: -	-	-
CPF	CNS	
PRESCRITOR - Assinatura e carimbo:		
Serviço onde acompanha:		

Descrição da doença de base com CID:	
Descrição do Motivo da Indicação:	
MOTIVO DE INDICAÇÃO	
Abuso sexual	Hepatopatia
Acidente percutâneo/ per mucosa	Implante de cóclea – Data do Implante:
Anemia falciforme / Hemoglobinopatia	
Asma persistente, moderada ou grave	Imunodeficiência congênita
Asplenia anatômica ou funcional	Imunodeprimido em contato com VZ
Cardiopatia crônica	Neuropatia
Comunicante domiciliar de imunodeprimido	Permanência em hospital/ UTIN na idade da vacinação
Contato hospitalar Varicela	Pneumopatia
Doença convulsiva crônica	Prematuridade Extrema (menor de 31 semanas e/ou menor 1.000 g)
Dermatopias crônicas graves	
Doença de depósito	Profissional de saúde
Doadores de órgão sólido/ medula óssea	Nefropatias
Diabetes	Trissomia
Uso de Eculizumabe em HPN	Doença neurológica crôn. incapacitante
Evento Adverso prévio	Uso crônico de AAS
Fístula líquórica	Varicela materna 5 dias pré-parto e 2 dias pós-parto
Fibrose cística	
Gestante suscetível em contato domiciliar com varicela	RN de mãe HBsAg +
	RN de mãe HIV+ /exposto

