

## ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DE SOLICITAÇÃO IMUNO ESPECIAL

Segue orientações com adequações para o envio do novo formulário de solicitação dos imunobiológicos especiais

- O impresso abaixo deve ser enviado em **3 vias** sendo elas, **2 processos completos** (ficha de solicitação, cópia carteira de vacina, cópia pedido do médico, cópia documento de identificação do paciente) e **1 via somente a ficha de solicitação**.



SECRETARIA DA SAÚDE DE GUARULHOS  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIVISÃO TÉCNICA DE DES. DO PROGRAMA DE IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS  
PROGRAMA MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÃO  
Rua Iris, 320 – Sala 36 – Tel: 2472-5079



Centro de Vig.  
Epidemiológica

### FICHA DE SOLICITAÇÃO DE IMONUBIOLÓGICOS ESPECIAIS CENTRO DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_  
DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO ( ) F ( ) M PESO: \_\_\_\_\_  
NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TEL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / DESCRIÇÃO DO CASO – RESUMO CLÍNICO

---

---

---

---

---

### IMUNOBIOLOGICO SOLICITADO

Todas as informações dos campos devem ser preenchidas adequadamente, não deve conter rasuras e a escrita deve ser legível.

- O impresso a seguir com as indicações das vacinas conforme recomendação do manual do Crie deve ser enviado para secretaria da saúde - programa de imunização- somente **1 via**.

Sinalizar de acordo com o CID preenchido as indicações para recebimento do imunobiológico especial.



### INDICAÇÕES DAS VACINAS CONFORME RECOMENDAÇÃO DO MANUAL DO CRIE

- Crianças imunodeprimidas (congenita ou adquirida) não vacinadas ou que receberá esquema incompleto de vacinação contra poliomielite.
  - Crianças que estejam em contato domiciliar ou hospitalar com pessoa imunodeprimida.
  - Transplantados de órgãos sólidos ou de células tronco hematopoiéticas (medula óssea)
  - Recém nascidos e lactantes que permaneçam internados em unidade neonatais por ocasião da idade de início da vacinação contrapoliomielite
  - Crianças com história de paralisia flácida associada à vacina, após dose anterior de vacina poliomielite 1, 3 atenuada, oral (VOP)
- A. Após os seguintes eventos adversos graves ocorridos com a aplicação da vacina adsorvida difteria, tétano e pertússis (DTP) ou com a vacina adsorvida difteria, tétano, pertússis, hepatite B e Haemophilus influenzae tipo b (Penta)
- Convulsão febril ou afebril nas primeiras 72 horas após a vacinação.
  - Síndrome hipotônico-hiporesponsiva nas primeiras 48 horas após a vacinação.
- B. Para crianças que apresentem risco aumentado de desenvolvimento de eventos graves à vacina Pentavalente ou (DTP)
- Doença convulsiva crônica.
  - Cardiopatas ou pneumopatas crônicas com risco de descompensação em vigência de febre.
  - Doenças neurológicas crônicas incapacitantes. .
  - RN prematuro extremo (menos de 1.000 g ou 31 semanas).
- Pacientes com neoplasias e/ou que necessitem de quimioterapia, radioterapia ou corticoterapia
  - Pacientes com doenças imunomediadas que necessitem de quimioterapia, corticoterapia ou imunoterapia
  - HIV/AIDS
  - Imunodeficiência congênita isolada de tipo humoral ou deficiência de complemento
  - Imunodepressão terapêutica ou devida a câncer
  - Diabetes mellitus.
  - Nefropatia crônica/hemodiálise/síndrome nefrótica.
  - Asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas
  - Trissomias
  - Cardiopatia crônica
  - Pneumopatia crônica