

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.
 - Cardiopatias ou pneumopatias 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