

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

DADOS DO PACIENTE			
NOME:			
		Data da solicitação:	
SEXO:	RAÇA: () negra () branca () parda () indígena	Data de nascimento:	
Nome da MÃE:			
ENDEREÇO:		Nº:	
Complemento:			
BAIRRO:			
CIDADE:	ESTADO:	CEP	
Telefones: -	-	-	
PROFISSÃO:			
Prontuário		CNS:	
NOME COMPLETO DO PRESCRITOR:			
Assinatura e Carimbo:			
Serviço onde acompanha:			
MOTIVO DE INDICAÇÃO			
<input type="checkbox"/>	Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	HIV + / SIDA
<input type="checkbox"/>	Acidente percutâneo/ permucosa	<input type="checkbox"/>	Implante de cóclea
<input type="checkbox"/>	Alergia a componentes da vacina	<input type="checkbox"/>	Imunodeficiência congênita
<input type="checkbox"/>	Alergia a soro heterólogo	<input type="checkbox"/>	Imunodepressão terapêutica
<input type="checkbox"/>	Asma persistente, moderada ou grave	<input type="checkbox"/>	Neoplasia
<input type="checkbox"/>	Asplenia anatômica ou funcional	<input type="checkbox"/>	Neuropata
<input type="checkbox"/>	Cardiopata	<input type="checkbox"/>	Permanência em UTIN na idade da vacinação
<input type="checkbox"/>	Contato sexual de HbsAg +		
<input type="checkbox"/>	Contato domiciliar Varicela	<input type="checkbox"/>	Pneumopata
<input type="checkbox"/>	Contato hospitalar Varicela	<input type="checkbox"/>	Profissional de saúde
<input type="checkbox"/>	Comunicante domiciliar de imunodeprimido	<input type="checkbox"/>	Renal crônico
		<input type="checkbox"/>	Risco de descompensação se febre
<input type="checkbox"/>	Convulsão	<input type="checkbox"/>	RN de mãe HBsAg +
<input type="checkbox"/>	Diabetes <i>mellitus</i>	<input type="checkbox"/>	RN de mãe HIV+ /exposto
<input type="checkbox"/>	Doença de depósito	<input type="checkbox"/>	Síndrome nefrótica
<input type="checkbox"/>	Evento Adverso prévio	<input type="checkbox"/>	Transplantado de Medula óssea
<input type="checkbox"/>	Fístula líquórica	<input type="checkbox"/>	Transplante de Órgão Sólido
<input type="checkbox"/>	Gestante suscetível em contato domiciliar com varicela	<input type="checkbox"/>	Uso crônico de AAS
		<input type="checkbox"/>	Varicela materna 5 dias pré-parto e 2 dias pós-parto
<input type="checkbox"/>	Hemoglobinopatias	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Hepatopatias	<input type="checkbox"/>	Outros
Descrição do Motivo da Indicação:			

