



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÕES – GI

REQUISIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS FICHA DE REFERÊNCIA - 2024

MUNICÍPIO: _____ DATA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:		
DATA NASC.:	SEXO:	IDADE:
RESPONSÁVEL:		PROFISSÃO:
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	CEP:
TELEFONE:	CELULAR:	E-MAIL:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE

NOME:	CRM E CARIMBO:
ESPECIALIDADE:	TEL. CONTATO:
INSTITUIÇÃO:	

PRESCRIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

IMUNOBIOLOGICOS SOLICITADOS (NOME E POSOLOGIA)

NÃO ESQUEÇA DE ENVIAR A COPIA DA CADERNETA DE VACINAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE DOSES COMPLEMENTARES AO ESQUEMA.

INDICAÇÃO (MOTIVO DA PRESCRIÇÃO / QUADRO CLÍNICO / PATOLOGIA)

ATENÇÃO: Em caso de EAPV é necessário enviar o Parecer da equipe técnica EAPV/SES-RJ com autorização de mudança de esquema vacinal.

REAÇÃO ADVERSA A ALGUM IMUNOBIOLOGICO? (INFORMAR QUAL / DOSE / DATA DE APLICAÇÃO)

RESPONSÁVEL:	MATRÍCULA:	FUNÇÃO:
--------------	------------	---------

OBS: Favor enviar no máximo sete (07) dias antes do agendamento da rotina para ser avaliado e liberado, caso seja contemplado. Não se esquecer de enviar cópia da caderneta de vacinação para solicitação de doses complementares ao esquema de vacinação