

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

Departamento de Proteção à Saúde SS-4

Divisão de Vigilância Epidemiológica SS-41

Seção de Vigilância de Enfermidades Transmissíveis e Imunopreveníveis SS-412

SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS

1.IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE.		
Nome:	CNES:	
E-mail:	Telefone:	
2.IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.		
Nome:	CPF:	
Data de Nascimento:	Hygia:	
Nome da Mãe:	Telefone:	
Endereço:	Sexo:	
1. 4.CONDIÇÃO QUE INDIQUE O IMUNIZANTE: 5.RELATÓRIO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:	CID-10:	

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Orientações para utilizar este documento: item 1. Preencher todos os campos com os dados solicitados, item 2. Preencher todos os campos com os dados solicitados, item 3. Escrever por extenso e legível o nome do imunobiológico indicado de acordo com o Manual dos CRIEs 6º Ed, item 4. Indicar o critério que indique o imunizante de acordo com o Manual dos CRIEs 6º Ed, item 5. Descrever o quadro clínico ou condição que indique a vacinação no profissional dando uma descrição do caso. Anexar documentação comprobatória a este documento.