



SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O CRIE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

SEXO: F () M ()

RAÇA:

DN (dd/mm/aa):

PROFISSÃO:

TELEFONE:

MÃE:

PAI:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDADE:

NATURAL (cidade)

PESO: (Kg)

ENDEREÇO:

Nº:

Comp.:

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO: RIO DE JANEIRO

NÚMERO DO CPF (informar para usuários a partir de 16 anos de idade):

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE

NOME:

ESPECIALIDADE:

INSTITUIÇÃO:

TELEFONES PARA CONTATO:

IMUNOBIOLOGICOS INDICADOS PARA APLICAÇÃO NO CRIE:

MOTIVO DA INDICAÇÃO PARA O CRIE:

(DESCREVER RESUMIDAMENTE A INDICAÇÃO E ANEXAR CÓPIAS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS)

EM CASO DE EVENTO ADVERSO: (Informar o imunobiológico /dose/data de aplicação)

CARIMBO E ASSINATURA:

DATA:

NÚMERO DO CRM | COREN:

EM CASO DE AVALIAÇÃO DE EAPV: CONSULTA PARA O DIA: ____/____/____ ÀS ____ HORAS

End: Av Brasil, s/nº – Manguinhos – Instituto Nacional de Infectologia / INI FIOCRUZ - tel:3865-9125

End: Rua General Severiano, 91 – Botafogo – Hospital Municipal Rocha Maia - tel: 2295-2295 ramal 203