



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

## INSTRUÇÃO ADMINISTRATIVA

### ROTINAS DO CRIE INI / FIOCRUZ

**QUEM PODE SER ATENDIDO:** Todos os indivíduos (adultos e crianças) portadores de quadros clínicos especiais e pacientes com histórico de EAPV- Evento Adverso Pós Vacinal, a partir de 18 anos de idade, atendendo as indicações do Manual dos Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais – 2014, do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, independente do município de residência.

#### FLUXO PARA ATENDIMENTO NO CRIE (indicações especiais e EAPV)

1. Demanda Espontânea OU marcação de consulta de segunda à sexta-feira (08h às 17h), mediante encaminhamento do médico assistente elucidando o motivo pelo qual o paciente foi encaminhado ao CRIE, com assinatura e carimbo (Ficha de Referência ao CRIE – ANEXO I)
2. Nome completo
3. Cadastro de Pessoa Física (CPF) a partir de 16 anos de idade ou Cartão do SUS
4. Data de nascimento
5. Telefone de contato
6. Endereço
7. Comprovação da indicação relatada: Laudos, exames, outros como anexos da Ficha de Referência

#### FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE COM HISTÓRIA DE ALERGIA GRAVE A ALGUM COMPONENTE DE IMUNOBIOLÓGICO OU CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DE EAPV GRAVE

Trata sobre o atendimento de usuários que tenham história de alergia grave a algum componente vacinal ou indivíduos com histórico de EAPV que tenham apresentado alergia grave em dose anterior do esquema de vacinação atendendo as indicações do Manual do Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-vacinação 2014), ambos independentes do município de residência.

### **Orientações às unidades vacinadoras:**

1. Ao identificar usuários com EAPV ou histórico de alergia (sintomas de anafilaxia-urticária generalizada, edema labial, orbital, problemas respiratórios ou sinais de choque nas primeiras horas de exposição ao componente vacinal), encaminhar esse usuário ao CRIE INI no período da manhã com data e hora estabelecidos, para que o usuário possa ser consultado, avaliado e vacinado com precauções, quando indicado.
2. Fornecer ao paciente cópia da ficha de Notificação de EAPV, com todas as informações colhidas e descritas para apresentar na consulta.
3. Os adolescentes na faixa etária de 13 aos 17 anos com história de alergia grave a algum componente ou em caso de EAPV serão avaliados pelo CRIE INI, mediante marcação de consulta conforme o item 2.

OBS: Caso seja necessária internação do adolescente, após a administração sob supervisão médica de um determinado imunobiológico, devido à intercorrências, o mesmo será direcionado para emergência mais próxima e regulado pelo SISREG.

### **ROTINA PARA RETIRAR IMUNO ESPECIAL NO CRIE (Situações excepcionais):**

1. Em situações de urgência ou excepcionalidade, com necessidade de imunoglobulina específica ou vacina para bloqueio ou para pacientes crônicos que estejam internados, deverá ser feita solicitação ao CRIE pela unidade de saúde de origem através do preenchimento da Ficha de Solicitação para Retirada de Imunobiológicos no CRIE (ANEXO II). Recomenda-se contato telefônico prévio;
2. No horário comercial, procurar diretamente a recepção do CRIE;
3. Nos fins de semana ou feriados ou horário noturno, procurar o plantão da Farmácia do INI. A liberação de vacinas ou imunoglobulinas (quando não for possível a presença do paciente) será feito pela equipe da Farmácia, após avaliação da solicitação;
4. No ato da retirada da imunos especiais, em caráter emergencial, o solicitante deve apresentar o Formulário de Solicitação para Retirada de Imunobiológicos no CRIE, devidamente preenchido, conforme modelo do ANEXO II;

OBS1: Para liberação de imunoglobulina e varicela para bloqueio hospitalar, deve constar o nome do paciente índice, assim como os dados acima citados do caso índice para bloqueio hospitalar;

OBS2: Para retirada de imunobiológicos no CRIE, o solicitante deve levar caixa térmica com termômetro e bobinas de gelo climatizadas, para conservação do imunobiológico no transporte.

5. Após as 17 horas encaminhar a demanda para o Plantão da Farmácia do INI/FIOCRUZ

#### **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:**

- De 8 às 17 horas de segunda à sexta-feira em demanda espontânea.

- Após 17 horas, finais de semana e feriados: Nesse horário são atendidos apenas os casos de urgência contemplados pelo manual CRIE/MS. Procurar a Farmácia INI.

#### **ENDEREÇO E CONTATOS PARA MARCAR CONSULTA OU DEMANDA ESPONTÂNEA**

**Instituto Nacional de Infectologia:** Hospital Evandro Chagas -Av. Brasil, nº 4.365, Manguinhos

Tel: 3865-9124/3865-9125

E-mail [crie@ini.fiocruz.br](mailto:crie@ini.fiocruz.br)

Plantão Farmácia: Tel: 3865-9518 (Farmácia até às 18h), 3865-9549 (Farmácia -Plantão),

RJ, 2019

Coordenação do Programa de Imunizações/SVS/SUBPAV/SMS-Rio

Email: [imunizacaovs@gmail.com](mailto:imunizacaovs@gmail.com)



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



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

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS JUNTO AO CRIE

### IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

INSTITUIÇÃO:	CNES:
TELEFONES PARA CONTATO:	
NOME DO PROFISSIONAL:	
EMAIL:	
DATA DA SOLICITAÇÃO (dd/mm/aa):	

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE QUE NECESSITA DO IMUNO ESPECIAL

NOME COMPLETO:			
SEXO: F ( ) M ( )	RAÇA:	PESO:	(Kg)
DN:	PROFISSÃO:	TELEFONE:	
MÃE:			
PAI:			
ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDADE:	NATURAL (cidade):	
ENDEREÇO:		Nº:	Comp.:
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:	
NÚMERO DO CPF (informar para usuários a partir de 16 anos de idade):			

**IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS SOLICITADOS** (descrever aqui os imunos solicitados e quantidade)

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** (descrever aqui a indicação clínica para liberação do imuno especial; se por para bloqueio hospitalar deve constar a relação nominal dos que utilizarão imunoglobulina, com peso corporal (kg) / SE FOR BLOQUEIO, REGISTRAR O CASO (ÍNDICE))

CARIMBO E ASSINATURA:

NÚMERO DO CRM | COREN:

End: Rua General Severiano, 91 – Botafogo – Hospital Municipal Rocha Maia tel: 2295-2295 ramal 203  
End: Av Brasil, s/nº – Manginhos – Instituto Nacional de Infectologia / INI FIOCRUZ tel:3865-9125