



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

INSTRUÇÃO ADMINISTRATIVA

ROTINAS DO CRIE ROCHA MAIA – SMS/RJ

1. QUEM PODE SER ATENDIDO:

a) Todos os indivíduos, em qualquer faixa etária, portadores de quadros clínicos especiais, conforme 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;

b) Indivíduos com histórico de Evento Adverso Pós Vacinal ou com história de alergia a algum componente vacinal (ex: proteína do ovo e leite, eritromicina, etc), na idade até 12 anos, 11 meses e 29 dias, que necessitem de vacinação com precaução ou troca de esquema, atendendo as indicações do Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-vacinação 2014), ambos independente do município de residência.

2. ATENDIMENTO: indicações especiais

-Encaminhamento do médico assistente elucidando o motivo pelo qual o paciente foi encaminhado ao CRIE, com assinatura e carimbo (Ficha de Encaminhamento para o CRIE – ANEXO I), contendo:

- a. Nome completo e dados de identificação
- b. Documento de identificação, podendo ser CPF ou CNS
- c. Data de nascimento
- d. Telefone de contato, Endereço completo
- e. Imunos especiais indicados pelo profissional
- f. Motivo da indicação
- g. Anexar os comprovantes da indicação relatada (laudos, exames, outros)

Nota: Este atendimento será realizado no horário de 8 às 17 horas, por livre demanda ou demanda programada pela equipe CRIE, quando for consulta subsequente.

3. ATENDIMENTO: Eventos Adversos ou Histórico de Alergia

- Serão atendidos os casos de EAPV ou história de alergia a ovo para a realização da vacina de febre amarela que estejam na faixa etária de até 12 anos, 11 meses e 29 dias. Também serão avaliados casos específicos de alergia a substâncias que estão presentes nos imunobiológicos, nesta mesma faixa etária.

Nota: Este atendimento será feito, através de encaminhamento de profissional de saúde, mediante marcação prévia de consulta, que pode ser agendada pelo telefone ou pessoalmente, informando dados necessários, descritos no item 1.

3.1 ENCAMINHAMENTO DE CASOS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

Trata sobre a contraindicação da vacina Tríplice viral do laboratório Serum Institute of India (SII) para crianças com história de alergia ao leite de vaca e indicação para vacinação com precaução utilizando outros laboratórios. A vacinação para crianças com alergia ao leite poderá ser feita com vacina dos laboratórios Sanofi Pasteur ou BioManguinhos, conforme Parecer Técnico CGPNI nº 03/2015, com precauções.

Orientações para unidades:

- a. Ao identificar crianças com histórico de alergia ao leite (sintomas de anafilaxia-urticária generalizada, edema labial, orbital, problemas respiratórios ou sinais de choque nas primeiras horas após ingestão ou contato com alimentos lácteos), solicitar aos pais/responsáveis que busquem junto ao pediatra da criança, um relato da história de alergia ao leite, e se possível reunir exames que já tenham sido feitos;
- b. Na unidade de origem ou no Serviço de Vigilância em Saúde (SVS), realizar avaliação com profissional capacitado para diferenciar alergia à proteína do leite de vaca da intolerância à lactose, que são eventos distintos, mediante levantamento da história pregressa ou parecer médico trazido pela família.
- c. Preencher a Ficha para encaminhamento ao CRIE, anexando parecer médico e exames existentes. Este conjunto de documentos deve ser fornecido aos pais/responsáveis, informando data e horário marcados para avaliação especializada.

Nota: Nestes casos não é necessário o agendamento prévio de consulta, que deve ser feita pela DVS local, com anuência da Unidade de saúde de origem.

4. ROTINA PARA RETIRAR IMUNO ESPECIAL NO CRIE (Situações excepcionais):

a. Em situações de urgência, com necessidade de imunoglobulina específica para bloqueio ou vacina 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.

- No horário comercial, procurar diretamente a recepção do CRIE. A liberação de vacinas ou imunoglobulinas, será realizada pelo enfermeiro ou médico de plantão no CRIE;

- Nos fins de semana ou feriados ou horário noturno, procurar o plantão do Hospital Municipal Rocha Maia. A liberação de imunoglobulinas, pelo plantão, será feita pelo plantonista médico ou enfermeiro da emergência, após avaliação da solicitação.

- No ato da retirada das imunoglobulinas especiais, em caráter emergencial, o solicitante deve apresentar o Formulário de Solicitação de Imunobiológicos ao CRIE, devidamente preenchido, conforme modelo do ANEXO II;

Nota 1: Para liberação de imunoglobulinas antivariçela-zoster para bloqueio hospitalar, deve constar o nome do paciente índice, com todos os dados preenchidos e nomes dos contatos que necessitam do imunobiológico com peso corporal de cada um;

Nota 2: Para retirada de imunobiológicos no CRIE, o solicitante deve levar caixa térmica com termômetro de cabo extensor e bobinas de gelo congeladas, para conservação do imunobiológico durante o transporte de retorno. O hospital não fornece nem caixa térmica, termômetro e bobina de gelo.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

- 08 às 17 horas de segunda à sexta-feira.

- Após 17 horas, finais de semana e feriados **procurar a emergência do Hospital:** Nesse horário são atendidos apenas casos de urgência contemplados pelo manual CRIE/MS.

ENDEREÇO E CONTATOS

CRIE/Hospital Municipal Rocha Maia: Rua General Severiano, 91 – Botafogo / Tel: 2275.6531 / 2295.2295 Ramal: 203 / E-mail: criesmsdc@gmail.com

EMERGÊNCIA/ Hospital Municipal Rocha Maia: Rua General Severiano, 91 – Botafogo/ Tel: 2295.2295 Ramal 205.

COMO AGENDAR CONSULTA PARA EAPV

- 1) Pelo telefone: direto 2275.6531 / 2295.2295 Ramal: 203
- 2) Pelo email: criesmsdc@gmail.com
- 3) Pessoalmente.

RJ, 2019

CRIE-RM/Coordenação do Programa de Imunizações/SVS/SUBPAV/SMS-Rio
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 – Mangunhos – 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 – Manguinhos – Instituto Nacional de Infectologia / INI FIOCRUZ tel:3865-9125