



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

End: Av Brasil, s/nº – Manguinhos – Hospital Evandro Chagas / IPEC FIOCRUZ tel:3865-9125
End: Rua General Severiano, 91 – Botafogo – Hospital Municipal Rocha Maia tel: 2295-2295 ramal 203

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

SEXO: _____ RAÇA: _____

DN: ____/____/____ PROFISSÃO: _____ TELEFONE: _____

MÃE: _____

PAI: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDADE: _____ NATURAL (cidade) _____

PESO: _____ (Kg)

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ Comp.: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ - _____ MUNICÍPIO: RIO DE JANEIRO

CPF (informar para usuários a partir de 16 anos de idade): _____._____._____-_____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE (origem):

NOME: _____ ESPECIALIDADE: _____

INSTITUIÇÃO: _____

TELEFONES PARA CONTATO: _____

IMUNOBIOLOGICOS INDICADOS:

MOTIVO DA INDICAÇÃO:

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

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

ASSINATURA: _____ DATA: _____

CRM/COREN: _____

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