

## 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: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ NATURAL (cidade) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Comp.: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: RIO DE JANEIRO

CPF (informar para usuários a partir de 16 anos de idade): \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE:

NOME: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

TELEFONES PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

### IMUNOBOLÓGICOS 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