

## **ROTINAS DO CRIE ROCHA MAIA – SMS/RJ**

**QUEM PODE SER ATENDIDO:** Todos os indivíduos (adultos e crianças) 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.

### **FLUXO PARA ATENDIMENTO NO CRIE (indicações especiais e EAVP)**

1. 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 em Ficha (laudos, exames, outros como anexos da Ficha de Referência.)

### **FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS COM HISTÓRIA DE ALERGIA AO LEITE DE VACA PARA VACINAÇÃO COM PRECAUÇÕES**

Trata sobre a contraindicação da vacina Tríplice viral do laboratório SERUM Institute of India para crianças com história de alergia ao leite de vaca e indicação para vacinação com precaução utilizando outros laboratórios.

Orientações às unidades vacinadoras:

1. Ao identificar crianças com 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), encaminhar para consulta junto ao Serviço de Vigilância em Saúde (SVS) da área, solicitando aos pais/responsáveis que solicitem ao pediatra da criança, um relato da história de alergia ao leite, se possível;

2. No SVS realizar consulta para levantamento da história pregressa sobre a situação de alergia e preencher Ficha para encaminhamento ao Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), que será fornecida aos pais/responsáveis.

OBS: 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.

#### **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 do Hospital Municipal Rocha Maia. A liberação de vacinas ou imunoglobulinas (quando não for possível a presença do paciente) será feito pelo plantonista médico ou enfermeiro da emergência, 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, com todos os dados preenchidos;

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.

## **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:**

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

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

## **ENDEREÇO E CONTATOS**

Hospital Municipal Rocha Maia: Rua General Severiano, 91 – Botafogo

Tel: 2275.6531 / 2295.2295 Ramal: 203

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

## **AGENDAMENTO DE CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DE EAPV GRAVE:**

- Encaminhar pacientes previamente agendados junto ao CRIE, somente após recomendação técnica formalizada pela Coordenação de Imunizações (CPI);
- Fornecer ao paciente cópia da ficha de Notificação de EAPV, com todas as informações colhidas e descritas para apresentar na consulta.

## **COMO AGENDAR CONSULTA PARA EAPV**

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

RJ, 2017

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

Email: [imunizaovs@rio.rj.gov.br](mailto:imunizaovs@rio.rj.gov.br)



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:			
IMUNOBIOLÓGICOS INDICADOS PARA APLICAÇÃO NO CRIE:			
<b>MOTIVO DA INDICAÇÃO PARA O CRIE:</b> (DESCREVER RESUMIDAMENTE A INDICAÇÃO E ANEXAR CÓPIAS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS)			
<b>EM CASO DE EVENTO ADVERSO:</b> (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 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 O 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):			
<b>IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS SOLICITADOS</b> (descrever aqui os imunos solicitados e quantidade)			
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b> (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