

JUSTIFICATIVAS DAS SOLICITAÇÕES - PREENCHER DE ACORDO COM A PATOLOGIA**NOME:** _____**SE PNEUMOPATIAS:**TEM ASMA? SIM NÃO UTILIZA CORTICÓIDE ORAL? SIM NÃO _____MG/KG/DIA**PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO?** SIM NÃO QUANTAS AO ANO? _____ (Obs: Otite de repetição, DRGE e bronquiolite **NÃO** são indicações de vacina antipneumocócica)**SE PREMATURO, DE QUANTAS SEMANAS:** _____UTILIZOU VENTILAÇÃO MECÂNICA? SIM NÃO POR ____ DIASUTILIZOU CPAP? SIM NÃO POR ____ DIAS**TEM DOENÇA HEMATOLÓGICA?** SIM NÃO TIPO: _____

SE ANEMIA FALCIFORME – ENVIAR ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS

TEM ASPLENIA FUNCIONAL? SIM NÃO ETIOLOGIA: _____**TEM ASPLENIA ANATÔMICA?** SIM NÃO **TEM ESPLENECTOMIA PREVISTA?** SIM NÃO EM: _____/_____/_____**TEM IMUNODEFICIÊNCIA OUTRA?** SIM NÃO TIPO/ETIOLOGIA: _____**IMUNOSSUPRESSÃO:****TEM NEOPLASIA?** SIM NÃO TIPO: _____FAZ QUIMIOTERAPIA? SIM NÃO **TEM NEFROPATIA?** SIM NÃO **FAZ HEMODIÁLISE?** SIM NÃO **TMO/TCTH?** SIM NÃO **TRANSPLANTE ÓRGÃO SÓLIDO?** SIM NÃO **TEM HIV?** SIM NÃO **TEVE EVENTO ADVERSO?** SIM NÃO VACINA: _____

(ANEXAR FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSOS)

FARÁ IMPLANTE COCLEAR? SIM NÃO **TEM DOENÇA NEUROLÓGICA?** SIM NÃO TIPO/ETIOLOGIA: _____ESTABILIZADA? SIM NÃO EM PROGRESSÃO? SIM NÃO **TEM CARDIOPATIA CONGÊNITA?** SIM NÃO TIPO/ETIOLOGIA: _____COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA? SIM NÃO AGUARDA CIRURGIA? SIM NÃO JÁ FEZ CIRURGIA? SIM NÃO RESOLVIDO A CARDIOPATIA? SIM NÃO USA MEDICAÇÃO ATUALMENTE SIM NÃO **OUTRAS PATOLOGIAS E JUSTIFICATIVAS:** _____

Profissional responsável pelo preenchimento: _____

VIDE INDICAÇÕES DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS: www.cve.saude.sp.gov.br/imunizacoes/cries