

## ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR

Paciente (sem abreviar): \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome da Mãe \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

### Situação que gerou o diagnóstico de alergia à componentes de ovo:

Idade em que se constatou a alergia ao ovo e/ou seus componentes \_\_\_\_\_

Sintomas e sinais clínicos que levaram a suspeita de alergia ao ovo e/ou seus componentes: \_\_\_\_\_

Tempo entre a exposição ao ovo e/ou seus componentes e o início dos sintomas: \_\_\_\_\_

### Métodos de diagnóstico:

-Ingestão de ovo -teste específico de alergia tipo \_\_\_\_\_ -outro \_\_\_\_\_

### Procedimentos realizados no momento do diagnóstico de alergia:

Administração de adrenalina ? -sim -não

Administração de corticóide endovenoso ou SIM ? -sim -não

Intubação oro-traqueal ou naso-traqueal ? -sim -não

Outra conduta/procedimento ? \_\_\_\_\_

### Solicito que as vacinas abaixo assinaladas sejam aplicadas em ambiente hospitalar:

( ) FEBRE AMARELA ( ) INFLUENZA ( ) TRÍPLICE VIRAL

Assinatura e carimbo do médico prescritor : \_\_\_\_\_

Telefone de contato ( ) \_\_\_\_\_

Jundiaí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

**Se houver indicação de mais de uma vacina, será aplicada somente uma em cada atendimento.** Nesse caso, será mantido intervalo mínimo de 30 dias entre febre amarela e tríplice viral. Entre a vacina influenza e febre amarela ou tríplice viral, intervalo mínimo de 7 dias.

**Pacientes residentes em Jundiaí, entregar na UBS mais próxima da residência. Pacientes de outros municípios, entregar na Vigilância Epidemiológica ( Rua Barão de Jundiaí, 267 – Centro) das 8:00 às 12:00 h.**

**A Vigilância ficará responsável por agendar a vacina no Hospital Universitário e avisar aos pais.**