JUNDIAÍ
PREFEITURA
SAÚDE
E QUALIDADE DE VIDA

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_____.

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 Marechal Deodoro da Fonseca, 964 – Centro) das 8:00 às 12:00 h.

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