



ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Endereço residencial: Logradouro _____

_____ nº _____ bairro _____ cidade _____

Telefones: (____) _____ e/ou (____) _____

1. SITUAÇÃO QUE GEROU O DIAGNÓSTICO DE ALERGIA À COMPONENTES DE OVO

a. Idade em que se constatou a alergia ao ovo e/ou seus componentes: _____

b. Sintomas e sinais clínicos que levaram a suspeita de alergia ao ovo e/ou seus componentes: _____

c. Tempo entre a exposição ao ovo e/ou seus componentes e o início dos sintomas: _____

2. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:

() Ingestão de ovo () Teste específico de alergia, especificar abaixo () Outros, especificar abaixo.

Especificar _____

3. PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DE ALERGIA:

Administração de adrenalina?..... () SIM () NÃO

Administração de corticoide endovenoso ou IM?..... () SIM () NÃO

Intubação orotraqueal ou naso-traqueal?.....() SIM () NÃO

Outra conduta/procedimentos: _____

4. SOLICITO QUE AS VACINAS ABAIXO SEJAM APLICADAS EM AMBIENTE HOSPITALAR:

() FEBRE AMARELA () INFLUENZA () TRIPLÍCE VIRAL

Assinatura e carimbo do médico prescritor: _____

Telefone de contato do Prescritor: (____) _____

Unidade do Prescritor: _____

Data: ____ de ____ de 20 ____.

Todos os campos são obrigatórios. Pedidos com preenchimento incompleto não serão atendidos.

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- 2º andar – Centro) das 8:00 às 12:00 h. No primeiro contato a Vigilância poderá solicitar foto do cartão de vacina. A Vigilância ficará responsável por agendar a vacina no Hospital Universitário e avisar aos pais