

FICHA DE REFERÊNCIA AO CRIE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Idade: _____ DN: ____/____/____ Sexo: M () F () Peso: _____

CPF: _____-____ CNS: _____ Raça: _____

Nome da mãe: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____ Estado civil: _____

Telefone: _____ Recado: _____ Falar com: _____

Endereço: _____ N° ____ Comp: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____

Natural: _____ E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUISITANTE

Instituição: _____ Telefone (s): _____

IMUNOBIOLOGICOS INDICADOS/SOLICITADOS

() Administração no CRIE () Retirada no CRIE

MOTIVO DA INDICAÇÃO PARA O CRIE:

Evento supostamente atribuíveis a vacinação ou imunização (ESAVI): Sim () Não ()

N° da notificação no E-SUS Notifica: _____

Descrição do ESAVI:

LOCAL DE AGENDAMENTO:

CRIE Myrtes Amorelli Gonzaga () CRIE INI/FIOCRUZ ()

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

CARIMBO E ASSINATURA

N° CRM | COREN