



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS**  
**CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**“PROF. ALEXANDRE VRANJAC”**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**  
**Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – SP/SP – CEP: 01246-000**  
**Fone: (11)3066-8779**  
**E-mail: [dvimuni@saude.sp.gov.br](mailto:dvimuni@saude.sp.gov.br)**

**Uso de Imunoglobulinas na profilaxia pós-exposição ao Sarampo**

Este formulário deverá ser preenchido por profissional de saúde e deve sempre estar acompanhado da carteira vacinal do indivíduo exposto. Formulários de casos de expostos menores de 6 meses de idade deve estar acompanhado da carteira vacinal da mãe.

**INFORMAÇÕES SOBRE O INDIVÍDUO EXPOSTO**

NOME COMPLETO:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO:

( ) MASCULINO

( ) FEMININO

RACA / COR ( )

(1) Branco/ (2) Negro/ (3) Pardo/ (4) Asiático/ (5) Indígena/ (9) Ignorado

TELEFONE CELULAR:

( ) \_\_\_\_\_

TELEFONE FIXO:

( ) \_\_\_\_\_

IDADE (ANOS):

OCUPAÇÃO:

ESCOLARIDADE ( )

(0) Analfabeto/ (1) 1ª a 4ª série/ (2) 4ª série completa/ (3) 5ª a 8ª série/ (4) fundamental completo/ (5) ensino médio incompleto/ (6) ensino médio completo/ (7) ensino superior incompleto/ (8) superior completo/ (9) ignorado ou não se aplica

E-MAIL:

\_\_\_\_\_

ENDEREÇO (LOGRADOURO – RUA, AVENIDA, ETC)

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE/ ESTADO

CONDIÇÃO DO INDIVÍDUO EXPOSTO (SITUAÇÃO DE RISCO)

( ) CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES

( ) INDIVÍDUOS IMUNOCOMPROMETIDOS GRAVES

( ) GESTANTES SEM EVIDÊNCIA PRÉVIA DE IMUNIDADE AO SARAMPO

( ) PESSOAS COM OUTROS GRAUS DE IMUNOCOMPROMETIMENTO E QUE NÃO TENHAM EVIDÊNCIA PRÉVIA DE IMUNIDADE AO SARAMPO

SITUAÇÃO VACINAL ( ) A PESSOA EXPOSTA (PARA MAIORES DE 6 MESES DE IDADE OU ( ) DA MÃE (PARA MENORES DE 6 MESES DE IDADE)

( ) TRÍPLICE VIRAL (MMR OU SCR – SARAMPO – CAXUMBA – RUBÉOLA)

NÚMERO DE DOSES: \_\_\_\_\_

( ) TETRAVIRAL (MMRV OU SCR – SARAMPO – CAXUMBA – RUBÉOLA – VARICELA)

NÚMERO DE DOSES: \_\_\_\_\_

( ) DUPLA VIRAL (SR, VACINA DE SARAMPO E RUBÉOLA USADA NA CAMPANHA COM RUBÉOLA DE 2008)

NÚMERO DE DOSES: \_\_\_\_\_

( ) SARAMPO MONOVALENTE (VACINA USADA NO PASSADO)

NÚMERO DE DOSES: \_\_\_\_\_

DATAS DAS DOSES: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OUTRAS COMORBIDADES (DOENÇAS PRÉVIAS)

PESO EM KG

IDADE GESTACIONAL SE GESTANTE

INFORMAÇÕES SOBRE O CASO FONTE – INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS		
NOME DO CASO FONTE (SUSPEITO OU CONFIRMADO) DE SARAMPO		NÚMERO DO SINAN DA NOTIFICAÇÃO DO CASO FONTE
DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS DO CASO FONTE ____/____/____	DATA DO INÍCIO DO EXANTEMA DO CASO FONTE ____/____/____	DATA DA PRIMEIRA EXPOSIÇÃO ____/____/____
RELAÇÃO ENTRE CASO FONTE E PESSOA EXPOSTA  <input type="checkbox"/> RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO  <input type="checkbox"/> ESTÃO NA MESMA SALA DA CRECHE/ ESCOLA/ FACULDADE  <input type="checkbox"/> TRABALHAM NA MESMA SALA		<input type="checkbox"/> OUTROS. EXPCIFIQUE:

INFORMAÇÕES SOBRE O SOLICITANTE	
NOME DO PROFISSIONAL QUE ENCAMINHA	FUNÇÃO
NOME DA UNIDADE DE SAÚDE QUE ENCAMINHA	MUNICÍPIO / ESTADO
TELEFONE:	E-MAIL:
ASSINATURA	DATA E HORA DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO ____/____/____ ____:____

USO EXCLUSIVO DAS UNIDADES QUE AUTORIZAM E DISPENSAM IMUNOGLOBULINA HUMANA (CVE E EMÍLIO RIBAS)	
CASO COM INDICAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA?  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. MOTIVO:_____	
SE SIM, ONDE SERÁ FEITA IMUNOGLOBULINA:  <input type="checkbox"/> HOASPITAL DIA – EMÍLIO RIBAS.  <input type="checkbox"/> PRONTO SOCORRO EMILIO RIBAS  <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE AMPOLAS PARA REALIZAÇÃO EM SERVIÇO EXTERNO	DATA DA APLICAÇÃO OU DISPENSAÇÃO DA IMUNOGLOBULINA ____/____/____  NÚMERO DE AMPOLAS APLICADAS OU DISPENSADAS EXTERNAMENTE
OBSERVAÇÕES:	