



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 021/2026

A Secretaria Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições, conforme previsão na Lei Orgânica do Município resolve baixar a seguinte Instrução Normativa, com a finalidade de instituir sobre o fluxo para solicitação de Vacinas ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE no Município de Sumaré

Os casos novos de solicitação destinada ao CRIE deverão ser encaminhados pelas Unidades de Saúde à Central de Imunobiológicos por meio de malote, utilizando a ficha padronizada de solicitação (anexo).

A solicitação deverá conter, obrigatoriamente:

- Nome da Unidade de Saúde e município.
- Nome completo do paciente;
- Data de nascimento;
- CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Vacina solicitada;
- Motivo da solicitação;

Além dos dados acima, deverão ser anexados:

- Relatório médico legível, contendo Classificação Internacional de Doenças (CID), e/ou exames laboratoriais, e/ou relatório de alta hospitalar (para prematuros ou RN baixo peso). Nos casos de prematuridade extrema, o relatório de alta deverá conter obrigatoriamente a idade gestacional e o peso ao nascer;



- Nos casos de ESAVI, a ficha de notificação e a descrição detalhada da reação apresentada (sintomas, data de início, duração, precisou de atendimento médico, ficou em observação ou internado, data da alta, local onde fez a consulta) poderá incluir também um relatório médico do atendimento/observação/internação.

As solicitações que não estiverem em conformidade com os critérios estabelecidos no Manual do CRIE (6ª edição) serão devolvidas às Unidades de Saúde de origem para as devidas adequações.

Solicitação de casos em acompanhamento

Para os pacientes que já se encontram em acompanhamento, a Unidade de Saúde deverá solicitar o imunobiológico por meio do e-mail centraldevacina.sumare@gmail.com, informando:

- Nome completo do paciente;
- Data de nascimento;
- Imunobiológico solicitado, dose e condição clínica.

A solicitação deverá ser realizada sempre no mês anterior à data prevista para a próxima dose, de modo a garantir prazo hábil para a dispensação.

Entrega dos imunobiológicos

Os imunobiológicos serão entregues às Unidades de Saúde tão logo estejam disponíveis na Central de Imunobiológicos, devidamente identificados com o nome do paciente e acompanhados da respectiva ficha de solicitação.

RESPONSABILIDADES DA UNIDADE DE SAÚDE

1. Convocar o paciente e administrar o Imunobiológico assim que este chegar à Unidade, a fim de evitar alterações de temperatura e a consequente perda do produto.
2. Realizar as solicitações de vacina dentro do prazo estabelecido, utilizando a ficha espelho do cartão de vacinação como instrumento de controle e planejamento.
3. Realizar o registro adequado da dose administrada no cartão de vacinação do paciente, na ficha espelho e no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).



4. Realizar a movimentação dos imunobiológicos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIES) e no SIPNI, registrando a entrada tanto das vacinas quanto dos diluentes e a respectiva saída quando da administração.
5. Caso a Unidade de Saúde não consiga convocar o paciente no prazo de 7 (sete) dias a partir do recebimento do imunobiológico, deverá comunicar imediatamente a Central de Imunobiológicos, informando que a dose não foi administrada.
6. Caso a vacina não seja administrada por motivo clínico, por ter recebido a vacina em outro local ou por mudança de endereço/transferência do paciente, a Unidade de Saúde deverá registrar a ocorrência na ficha espelho e encaminhar e-mail à Central de Imunobiológicos, informando o motivo da não administração para posterior recolhimento da vacina.

Os imunobiológicos recebidos do CRIE são destinados exclusivamente ao paciente para o qual foram previamente autorizados, conforme avaliação técnica e indicação clínica específica.

É vedada a transferência ou a utilização desses imunobiológicos para outro paciente, ainda que apresente indicação clínica semelhante, sem prévia autorização formal do CRIE.

Esta medida visa garantir a segurança do paciente, a rastreabilidade dos imunobiológicos, o uso adequado dos recursos públicos e o cumprimento das normas vigentes do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Referência Bibliográfica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Atenciosamente,

Sumaré, 02 de setembro de 2026

Frederico Machado de Almeida
Secretário Municipal de Saúde

Solicitação de Imunobiológicos Especiais ao CRIE-UNICAMP

Preenchimento Completo Obrigatório

Centro de Saúde / Município solicitante _____

CNS: _____

Nome Paciente (SEM ABREVIAR) _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nome de mãe: _____

Endereço _____ Nº _____

Bairro _____ Cidade _____

Telefone (____) _____

CPF: _____ RG: _____ CERT NASC: _____

Doença de base ou condição de risco _____

Imunobiológico(s) solicitado(s) _____

Solicitada ao CRIE em ____/____/____ por _____

Fone para contato (____) _____

OBS: ANEXAR: EXAMES (ELETROFORESE, HEP A, HEP B, HEP C) RELATÓRIO MÉDICO DESCRITIVO, RELATÓRIO DE SAÍDA DA UTI EM CASOS DE PREMATUROS, RECEITA COM O PEDIDO DO IMUNOBIOLÓGICO, FICHA DE NOTIFICAÇÃO, CÓPIA DA CARTEIRA VACINAL.

PREENCHER JUSTIFICATIVAS DAS SOLICITAÇÕES

OS PEDIDOS NÃO SERÃO MAIS ATENDIDOS ATÉ ESTAREM COMPLETOS.
VER INDICAÇÕES NO SITE: www.cve.saude.sp.gov.br Em Imunizações / CRIEs.

JUSTIFICATIVAS DAS SOLICITAÇÕES - PREENCHER DE ACORDO COM A PATOLOGIA

SE PNEUMOPATIAS:

TEM ASMA? SIM ☐ NÃO ☐

UTILIZA CORTICÓIDE ORAL? SIM ☐ NÃO ☐ ____MG/KG/DIA

PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO? SIM ☐ NÃO ☐

QUANTAS AO ANO? ____ (Obs: Otite de repetição, DRGE e bronquiolite. **NÃO** são indicações de vacina antipneumocócica)

SE PREMATURO, DE QTAS SEMANAS ____.

UTILIZOU VENTILAÇÃO MECÂNICA? SIM ☐ NÃO ☐

POR ____ DIAS

UTILIZOU CPAP? SIM ☐ NÃO ☐ POR ____ DIAS

TEM DOENÇA HEMATOLÓGICA? SIM ☐ NÃO ☐ TIPO ____

SE ANEMIA FALCIFORME – ENVIAR ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS

TEM ASPLÊNIA FUNCIONAL? SIM ☐ NÃO ☐ ETIOLOGIA: ____

TEM ASPLÊNIA ANATÔMICA? SIM ☐ NÃO ☐

TEM ESPLENECTOMIA PREVISTA? SIM ☐ NÃO ☐ EM: ____/____/____

TEM IMUNODEFICIÊNCIA OUTRA? SIM ☐ NÃO ☐ TIPO/ETIOLOGIA: ____

IMUNOSSUPRESSÃO:

TEM NEOPLASIA? SIM ☐ NÃO ☐ TIPO: ____

FAZ QUIMIOTERAPIA? SIM ☐ NÃO ☐

TEM NEFROPATIA? SIM ☐ NÃO ☐

FAZ HEMODIÁLISE? SIM ☐ NÃO ☐

TMO/TCTH? SIM ☐ NÃO ☐ **TRANSPLANTE ÓRGÃO SÓLIDO?** SIM ☐ NÃO ☐

TEM HIV? SIM ☐ NÃO ☐

TEVE EVENTO ADVERSO? SIM ☐ NÃO ☐ VACINA ____

(ANEXAR FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSOS)

FARÁ IMPLANTE COCLEAR? SIM ☐ NÃO ☐

TEM DOENÇA NEUROLÓGICA? SIM ☐ NÃO ☐ TIPO/ETIOLOGIA: ____

ESTABILIZADA? SIM ☐ NÃO ☐ EM PROGRESSÃO? SIM ☐ NÃO ☐

TEM CARDIOPATIA CONGÊNITA? SIM ☐ NÃO ☐ TIPO/ETIOLOGIA: ____

COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA? SIM ☐ NÃO ☐

AGUARDA CIRURGIA? SIM ☐ NÃO ☐ JÁ FEZ CIRURGIA? SIM ☐ NÃO ☐

RESOLVIDO A CARDIOPATIA? SIM ☐ NÃO ☐

USA MEDICAÇÃO ATUALMENTE SIM ☐ NÃO ☐

OUTRAS PATOLOGIAS E JUSTIFICATIVAS: _____

Profissional responsável pelo preenchimento _____

VIDE INDICAÇÕES DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

www.cve.saude.sp.gov.br/imunizacoes/cries