



**PREFEITURA MUNICIPAL DE VISCONDE DO RIO
BRANCO**
ESTADO DE MINAS GERAIS

LEI Nº 1002, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2009

- Dispõe sobre a vacinação Anti-gripal anualmente, nos cidadãos com idades inferior a 60 anos, que são portadores das doenças relacionadas no Anexo (SI-CRIE) -

O povo do Município de Visconde do Rio Branco, por seus representantes, os Vereadores, aprovou e eu, Prefeito Municipal em exercício, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º) Fica autorizado a Secretaria Municipal de saúde, juntamente com as Unidades Básicas de Saúde e Postos dos Programas de Saúde da Família, a vacinarem contra a gripe, anualmente os cidadãos com idade inferior a 60 anos e portadores de doenças crônicas listada pelo Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Art. 2º) A Vacinação não tem caráter obrigatório, ficando o cidadão livre para vacinar ou não.

Parágrafo Único – Sendo necessário a prescrição medica.

Art. 3º) Ficam os órgãos de saúde responsável pela divulgação anual da vacinação contra gripe.

Art. 4º) Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Visconde do Rio Branco, 11 de dezembro de 2009

LUIZ FÁBIO ANTONUCCI

Prefeito Municipal em Exercício



PREFEITURA MUNICIPAL DE VISCONDE DO RIO
BRANCO
ESTADO DE MINAS GERAIS

ANEXO



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA / COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO

FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (SI-CRIE)



DADS:		Nº CÓDIGO NO SI-CRIE:			
DADOS PESSOAIS DO PACIENTE					
NOME COMPLETO	SEXO		COR / ETNIA		PESO KG
	MASC	FEM	NEGRO	BRANCO	
DATA DE NASCIMENTO	DATA DE CADASTRO NO SI-CRIE				
NOME DA MÃE	NOME DO PAI				
LOGRADOURO (Rua, Avenida)	Nº				
COMPLEMENTO:	BAIRRO:				
CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:		
PROFISSÃO	E-MAIL				
ENCAMINHADOR (DADS)					
OBSERVAÇÕES:					
Nº PRONTUÁRIO		Nº DO CARTÃO SUS (CNS)			



PREFEITURA MUNICIPAL DE VISCONDE DO RIO
BRANCO
ESTADO DE MINAS GERAIS

ANEXO

MOTIVO DE INDICAÇÃO		PRESCRIÇÃO	
		DOENÇA DE BASE (USO DA SES)	IMUNOBIOLOGICO
☒	Abuso Sexual	☒	Imunoglobulina Anti-Hepatite-B
☒	Acidente Percutâneo / Contato Mucosa caso índice Ag Hbs (+) ou de Alto Risco	☒	Imunoglobulina Anti-Rábica
☒	Asplenia Anatômica ou Funcional	☒	Imunoglobulina Anticárdica
☒	Bloqueio de Suro	☒	Imunoglobulina Antivaricela-Zoster
☒	Comunicantes Domiciliares de HBsAg Positivo	☒	Vacina Contra Febre Tifóide
☒	Comunicantes Sexuais	☒	Vacina Contra Haemophilus Influenzae "B"
☒	Contato Domiciliar	☒	Vacina Contra Hepatite "A"
☒	Convulsão	☒	Vacina Contra Hepatite "B"
☒	Diabetes Melitos	☒	Vacina Contra Influenza
☒	Doadores de Sangue	☒	Vacina Contra Meningite "A/C"
☒	Doença Cardiovascular Crônica	☒	Vacina Contra Polio Inativada
☒	Doença Pulmonar Crônica	☒	Vacina Contra Varicela
☒	Evento Adverso Prévio	☒	Vacina DTP Acelular
☒	Familiares e Pessoas Suscetíveis e Imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar	☒	Vacina Dupla Infantil
☒	Fístula Linfática	☒	Vacina Meningocócica Conjugada Tipo "C"
☒	Gestantes	☒	Vacina Pneumococo 23
☒	Grupos de Risco para Hepatite B	☒	Vacina Pneumococo 7 Valente
☒	Hepatopatis	☒	Vacina Pentavalente
☒	HIV Positivo	☒	Outro - Especificar Abaixo
☒	Imunocomprometidos	☒	
☒	Imunodeficiência Congênita	☒	
☒	Imunodeficiência Adquirida	☒	
☒	Leucemia Linfóide Aguda e Tumores Sólidos em Remissão, desde que apresente	☒	
☒	Outros	☒	
☒	Pacientes com Hemoglobinopatias	☒	
☒	Profissional de Saúde	☒	
☒	Protocolo	☒	
☒	Púrpura	☒	
☒	Renal Crônica	☒	
☒	Risco Profissional	☒	
☒	RN de mãe HBsAg Positivo	☒	
☒	RN Suscetível	☒	
☒	Rotina	☒	
☒	SIDA E	☒	
☒	Síndrome Nefrótica	☒	
☒	Teste de Suscetibilidade Positiva	☒	
☒	Transplante de Medula Óssea	☒	
☒	Transplante de Órgão	☒	
☒	Viajante	☒	

CASO O MOTIVO DA INDICAÇÃO SEJA "EVENTO ADVERSO"	
DATA DO EVENTO:	TIPO DE EVENTO:
DATA: / /	
Carimbo e Assinatura do Responsável pela Solicitação	

TEXTO CLÍNICO	