



## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE PARA PROFILAXIA DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DO SOLICITANTE

NOME DO USUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DO SUS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

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

INSTITUIÇÃO ONDE NASCEU

NOME DA MÃE

CPF DA MÃE

DDD/CELULAR DE CONTATO

DDD/OUTROS TELEFONES PARA CONTATO

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

COMPLEMENTO

CIDADE

CEP

EMAIL

CRIANÇA INTERNADA: ( ) SIM

( ) NÃO

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

A IDADE ATUAL:

TIPO DE PARTO: ( ) NORMAL

( ) CESÁRIA ( ) FÓRCEPS

B PARTO REALIZADO EM QUE IDADE GESTACIONAL?  
(SEMANA DA GESTAÇÃO):

GESTAÇÃO: ( ) ÚNICA ( ) MÚLTIPLA

C PESO DE NASCIMENTO (KG):

ESTATURA DE NASCIMENTO (cm):

D PESO ATUAL (KG):

DATA DA ALTA HOSPITALAR:

E APGAR 1':

APGAR 5':

### JUSTIFICATIVA PARA O USO

( ) Sim ( ) Não – **Menor de um ano de idade no início do período do VSR(março-julho), nascido com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas.**

\*Obrigatório anexar cópia do relatório de alta hospitalar do berçário.

( ) Sim ( ) Não – **Menor de dois anos de idade portador de doença pulmonar crônica da prematuridade (DPC) ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.**

\*Anexar relatório médico com descrição da doença e medicamentos utilizados pelo paciente.

### DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (CRM)

TELEFONE(S) PARA CONTATO (PRESCRITOR)

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

### AUTORIZAÇÃO (Campo de Preenchimento Exclusivo da Unidade Dispensadora SUS)

Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação na Unidade Responsável Número de doses: \_\_\_\_\_

Não autorizo a liberação do Palivizumabe:

Por não atender a critério estabelecido na Portaria SAS nº 552.

Por falta de informações necessárias para análise da solicitação: \_\_\_\_\_

DATA:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Formulário preenchido em 2 Vias: Original – Unidade / Cópia - Paciente



## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE PARA PROFILAXIA DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE:

#### **I- RN ou criança internada e que preenche critério de uso:**

I.1 – Formulário para Avaliação devidamente preenchido;

I.2 – Prescrição Médica;

I.3 - Relatório médico com justificativa da solicitação assinado por médico que atende o paciente, com informação das doses já realizadas;

I.4 - Pacientes cardiopatas anexar cópia do relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados.

I.5 - Cópia da certidão de nascimento, comprovante de residência e do cartão SUS e Termo de Responsabilidade para todos que preenchem critério de uso.

#### **II- Solicitação de doses pós-alta hospitalar:**

II.1 – Formulário para Avaliação devidamente preenchido;

II.2 – Prescrição Médica

II.3 - Cópia da certidão de nascimento, comprovante de residência e do cartão SUS e Termo de Responsabilidade para todos que preenchem critério de uso;

II.4 – Pacientes prematuros anexar também cópia do relatório de alta hospitalar do berçário e informar doses já realizadas internados / anotar também no cartão de vacinação da criança;

II.5 – Pacientes cardiopatas anexar cópia do relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados.

#### **Observação:**

**I. O uso do Cartão Nacional do SUS - CNS é obrigatório para a dispensação do Palivizumabe, independente do paciente ser acompanhado na rede pública ou privada;**

**II. Na ausência do Cartão Nacional do SUS do RN pode ser utilizado o CNS da mãe;**

**III. O paciente deverá retornar para as doses subsequentes portando prescrição atualizada acompanhada do Cartão de Saúde da Criança;**

**IV. Em caso de negativa de autorização o processo deve ser arquivado na unidade dispensadora, e relação com o nome dos usuários encaminhadas a DASF/SESAB;**

**V. Deverá ser entregue ao responsável pelo paciente cópia do formulário com a negativa.**

#### **Referência:**

Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 522, de 13 de maio de 2013. Aprova o protocolo de uso do Palivizumabe.