



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.