



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:	PESO DE NASCIMENTO (KG):
B	PARTO REALIZADO EM QUE IDADE GESTACIONAL? (SEMANA DA GESTAÇÃO):	PESO ATUAL (KG):
C	ESTATURA DE NASCIMENTO (cm):	DATA DA ALTA HOSPITALAR:
D	APGAR 1':	APGAR 5':
JUSTIFICATIVA PARA O USO		
() Sim () Não – Menor de um ano de idade (11 meses e 29 dias) no início do período do VSR(março-julho), nascido com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias).		
*Obrigatório anexar cópia do relatório de alta hospitalar da unidade neonatal.		
() Sim () Não – Menor de dois anos de idade (1 ano 11 meses e 29 dias) 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.		
() Sim () Não – Menor de um ano de idade (11 meses e 29 dias) no início do período do VSR(março-julho), nascido com idade gestacional de 29 semanas a 32 semanas (até 32 semanas e 6 dias). (Portaria Estadual nº 27)		
*Obrigatório anexar cópia do relatório de alta hospitalar da unidade neonatal.		
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 Conjunta SAS/SCTIE nº 23/2018 e/ou Portaria Estadual 27/2020.		
☐ Por falta de informações necessárias para análise da solicitação: _____		
DATA: ____/____/____	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	



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 de solicitação de palivizumabe 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 de solicitação de palivizumabe 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/SCTEI nº 23, de 03 de outubro de 2018. Aprova o protocolo de uso do Palivizumabe.

SESAB. Portaria número 27 de 06 de 02 de 2020. Amplia o protocolo de uso do Palivizumabe