

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E  
AUTORIZAÇÃO DE PALIVIZUMABE – 2020

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Nome do Estabelecimento:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente:

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade Atual:

Sexo: ( ) M ( ) F

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Peso Atual: \_\_\_\_\_ g

Possui Plano de Saúde: ( ) Não ( ) Sim Se sim, qual o plano de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe:

Endereço:

CEP:

Município:

UF:

Telefone: ( )

Celular: ( )

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Idade Gestacional por ocasião do nascimento: \_\_\_\_\_ semanas Gestação: ( ) Única ( ) Múltipla

Peso de Nascimento: \_\_\_\_\_ g

Estatura de Nascimento: \_\_\_\_\_ cm

Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps

Atualmente, criança Internada ( ) Sim ( ) Não Se não, data da alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo de Oxigenoterapia: \_\_\_\_\_ dias

**Recebeu Dose intra-hospitalar de Palivizumabe?**

( ) Sim ( ) Não

Número de dose(s): \_\_\_\_\_

Data da última dose: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA PARA O USO

a) ( ) Crianças prematuras até 28 semanas e 6 dias de idade gestacional, menores de um ano de idade.

b) ( ) Crianças prematuras entre 29 e 31 semanas e 6 dias de idade gestacional, nascidas a partir de janeiro do ano vigente da aplicação do medicamento.

c) ( ) Crianças portadoras de Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade, até o segundo ano de vida, com necessidade de tratamento nos últimos 06 (seis) meses:

Oxigênio: ( ) Sim ( ) Não

Broncodilatador: ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Diurético: ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Corticóide Inalatório: ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

d) ( ) Crianças portadoras de Cardiopatia Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada (anexar comprovação), até o segundo ano de vida.

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

Médico Solicitante:

CRM:

CNS:

Telefone: ( )

Celular: ( )

Email:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo:

AUTORIZAÇÃO - USO EXCLUSIVO DA SESA PARANÁ

( ) Deferido o medicamento Palivizumabe para aplicação em Hospital : \_\_\_\_\_

( ) Deferido o medicamento Palivizumabe para aplicação em Polo de Aplicação: \_\_\_\_\_

( ) Indeferido - Não atende aos critérios do Protocolo de uso do Palivizumabe (Nota Técnica SESA nº 1, de 23/01//2020)

( ) Devolvido - Por falta de informações necessárias para análise da solicitação.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo:

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

### 1) Solicitação de dose hospitalar – Hospital com UTI Neon

- Formulário para Solicitação, Avaliação e Autorização de I
- Relatório médico com justificativa da solicitação assina assistente
- Receituário médico

—

### 2) Solicitação de dose ambulatorial:

- Formulário para Solicitação, Avaliação e Autorização de I
- Relatório médico com justificativa da solicitação assina assistente
- Receituário médico
- Pacientes com cardiopatia congênita: descrever no rel tipo da cardiopatia congênita, os medicamentos utilizados e anexar cópia do laudo do e
- Cópia da certidão de nascimento
- Cópia do comprovante de residência
- Cópia do Cartão SUS