

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E
AUTORIZAÇÃO DE PALIVIZUMABE – 2021**



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 05/02/2021)

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

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: