

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE MEDICAMENTO PARA PROFILAXIA CONTRA O VSR – PALIVIZUMABE**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE*		2. CNES*	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DO RESPONSÁVEL			
3. NOME DO PACIENTE*			
4. RAÇA/ COR/ ETNIA DO PACIENTE*: ( ) BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDÍGENA. INFORMAR ETNIA:			
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO PACIENTE*	6. DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE*	7. SEXO DO PACIENTE* ( ) MASCULINO ( ) FEMININO	
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL *		9. CPF DO RESPONSÁVEL*	
10. ENDEREÇO (RUA, Nº E BAIRRO)*		11. DDD / TELEFONE FIXO E CELULAR DE CONTATO* CONTATO 1 – CONTATO 2 –	
12. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA*	13. UF*	14. CEP*	15. E-MAIL PARA CONTATO (LETRA DE IMPRENSA/FORMA)*
INFORMAÇÕES MÉDICAS			
A	16. IDADE ATUAL (EM MESES)*:	17. TIPO DE PARTO: ( ) NORMAL ( ) CESÁREA ( ) FÓRCEPS	
B	18. PARTO REALIZADO EM QUAL IDADE GESTACIONAL? (SEMANA DA GESTAÇÃO)*:	19. DATA DA ALTA*:	
C	20. PESO ATUAL (KG)*:	21. ALTURA ATUAL (M):	
D	22. NOME DO ESTABELECIMENTO ONDE FEZ O PRÉ NATAL:	23. NOME DO ESTABELECIMENTO ONDE NASCEU*:	
E	24. ORIGEM DO ATENDIMENTO*: ( ) HOSPITALAR - INTERNAÇÃO ( ) AMBULATORIAL		
<b>JUSTIFICATIVA PARA O USO*:</b> 1. Criança prematura nascida com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias) 2. Menor de dois anos de idade com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica importante que possua: a) Insuficiência cardíaca    b) Hipertensão pulmonar moderada ou severa    c) Cardiopatia congênita cianótica    d) Cardiopatia acianótica 3. Menor de dois anos de idade portador de doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar), com necessidade de uso, nos seis meses anteriores ao período de sazonalidade, de uma ou mais das seguintes terapêuticas: a) Oxigênio    b) Broncodilatador    c) Diurético    d) Corticoide inalatório  <b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE:</b> _____ (este campo é de preenchimento exclusivo SES/RJ)  <b>ORIENTAÇÕES:</b>  A. Marcar pelo menos <b>UM</b> dos <b>itens (de 1 a 3)</b> ; B. Caso sejam marcados os <b>itens 2 ou 3</b> , marcar pelo menos um dos <b>subitens correspondentes</b> ; C. Caso sejam marcados os <b>itens 2 ou 3</b> , será <b>necessário apresentar também</b> : <b>Lauda Médico</b> , emitido há <b>menos de 60 dias</b> , detalhando, conforme o caso: Se <b>cardiopatia congênita</b> : informar a repercussão hemodinâmica apresentada; Se <b>Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade</b> : descrever os sintomas da displasia broncopulmonar informada de modo a justificar a utilização de terapêutica nos últimos seis meses (Oxigênio; Broncodilatador; Diurético ou Corticoide).			
SOLICITAÇÃO			
25. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE*		26. DATA DA SOLICITAÇÃO*	27. ASSINATURA E CARIMBO (CRM)*
28. CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE*		_/_/____	29. CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE*
* Campos de preenchimento obrigatório. EU, MÉDICO ASSISTENTE DA CRIANÇA ACIMA DISCRIMINADA, DECLARO TER DADO CIÊNCIA AO(S) SEU(S) RESPONSÁVEL(S) DOS BENEFÍCIOS E LIMITES DO TRATAMENTO, RISCOS ENVOLVIDOS, BEM COMO DE OUTRAS MEDIDAS PROFILÁTICAS NECESSÁRIAS À PREVENÇÃO DE INFECÇÕES PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO. DECLARO AINDA QUE ESCLARECI O PERÍODO DE SAZONALIDADE E QUE O NÚMERO DE DOSES DEPENDERÁ DO MÊS DE CADASTRO, PODENDO CHEGAR À, NO MÁXIMO, 05 DOSES.			
AUTORIZAÇÃO			
CAMPO DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SES/RJ			
<input type="checkbox"/> Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação na Unidade Responsável <input type="checkbox"/> Não autorizo a liberação do Palivizumabe <input type="checkbox"/> Por não atender a critério estabelecido pela SES/RJ <input type="checkbox"/> Por falta de informações necessárias para análise da solicitação			
DATA DA AUTORIZAÇÃO:		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
DOSES AUTORIZADAS			
CAMPO DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SES/RJ			
30. NÚMERO DE DOSES AUTORIZADAS:			
( ) UMA ( ) DUAS ( ) TRÊS ( ) QUATRO ( ) CINCO			
OBS: Para todas as crianças com Processo <b>APROVADO</b> , está <b>autorizado de 01 até 05 doses</b> sendo o <b>máximo de CINCO (05) doses ao ANO</b> . Para a liberação da segunda dose em diante deverá ser apresentada a receita médica atualizada (menos de 90 dias) com o peso da criança.			