

Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade – CERMAC
Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais – CRIE

ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
Nome do Estabelecimento:		CNES:	
Telefone para contato DDD(): _____		E-mail: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente:		CNS:	
Endereço:	CEP:	Município:	UF:
Data de Nascimento:	Sexo: F () M ()		
Nome da mãe:	Telefone/celular: DDD () _____		
Nome do Pai:	Telefone/celular: DDD () _____		
Idade Gestacional por ocasião do nascimento: DUM: _____		USG: _____ New Ballard: _____	
Gestação: () única () múltipla			
Peso de nascimento:	gramas	Estatura de nascimento:	cm
Tipo de parto: () Normal () Cesárea () Fórceps			
Criança internada: () Sim () Não		Data da alta: ____/____/____	
➤ Diagnóstico Médico: _____ CID: _____ ➤ Menor de um 01 ano, que nasceu Prematuro com idade gestacional menor/igual a 28 semanas: () Sim () Não ➤ Menor de dois anos, portador de Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade: () Sim () Não ➤ Menor de dois anos com Doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica comprovada (em uso de cardiotônico e/ou diurético): () Sim () Não ➤ Recebeu alguma dose de Palivizumabe intra-hospitalar? () Não () Sim Número de doses: ____ Data da última dose ____/____/____.			
DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE:			
Nome do Profissional Solicitante:			
CRM:	CPF:	Email:	
Telefone: DDD() _____		Celular: DDD() _____	
Data: ____/____/____		Assinatura e carimbo do médico solicitante:	
AUTORIZAÇÃO – A SER PREENCHIDA PELO MÉDICO AUTORIZADOR – CRIE/MT			
() Autorizo a liberação de (____) doses do Palivizumabe conforme critérios da portaria conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2018 para a aplicação das doses preconizadas e mediante apresentação de relatório de AValiação (na 1ª sazonalidade). () Não autorizo a Liberação do Palivizumabe por não atender a critério estabelecido (Portaria Conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2018); () Não autorizo por falta de informações necessárias para análise da solicitação.			
Data 1ª Avaliação: ____/____/____.		Assinatura e carimbo do médico autorizador	
() Autorizo a liberação de (____) doses do Palivizumabe conforme critérios da portaria conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2018 para a aplicação das doses preconizadas e mediante apresentação de relatório de REAValiação (na 2ª sazonalidade) e prescrição médica atualizados. () Não autorizo a Liberação do Palivizumabe por não atender a critério estabelecido (Portaria Conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2018); () Não autorizo por falta de informações necessárias para análise da solicitação.			
Data Reavaliação: ____/____/____.		Assinatura e carimbo do médico autorizador	
() Autorizo a liberação de (____) doses do Palivizumabe conforme critérios da portaria conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2018 para a aplicação das doses preconizadas e mediante apresentação de relatório de REAValiação (____ sazonalidade) e prescrição médica atualizados. () Não autorizo a Liberação do Palivizumabe por não atender a critério estabelecido (Portaria Conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2018); () Não autorizo por falta de informações necessárias para análise da solicitação.			
Data Reavaliação: ____/____/____.		Assinatura e carimbo do médico autorizador	
Responsável pelo Recebimento no CRIE:			

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO