



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Resolução CIB/MT N° 012 de 13 de março de 2015.

Dispõe sobre a Resolução “*Ad Referendum*” N° 016 de 17 de dezembro de 2014, referente à implantação / incorporação do medicamento Palivizumabe para prevenção da infecção grave pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – Lei N° 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e dá outras providências;

II – Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei N° 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e à articulação interfederativa e dá outras providências;

III - Portaria N° 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS - a Rede Cegonha;

IV - Portaria N° 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS;

V - A Portaria N° 522/SAS/MS, de 13 de maio de 2013, que aprova o protocolo do uso do Palivizumabe a nível nacional;

VI - Nota Técnica Conjunta N° 01/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS, que estabelece o fluxo para a dispensação do medicamento Palivizumabe para o tratamento do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Sistema Único de Saúde (SUS);

VII – As recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, publicadas em 2011 e aprovadas pelos Núcleos Gerenciais dos Departamentos Científicos de Neonatologia, Infectologia e Pneumologia;

IX - A Portaria n° 074/2014/GBSES, que institui o Grupo Técnico de Trabalho – Palivizumabe e lhe atribui a competência.

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLVE:

Artigo 1º - Homologar “Ad Referendum” Nº 016 de 17 de dezembro de 2014, que Aprova a implantação/incorporação do medicamento Palivizumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso, para prevenção da infecção grave pelo Vírus Sincicial Respiratório-VSR em crianças com menos de 1 ano de idade que nasceram com idade gestacional menor ou igual 28 semanas e crianças com até 2 anos de idade com doença pulmonar crônica da prematuridade ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

Parágrafo 1º - O período de solicitação do medicamento deverá ocorrer a partir da segunda quinzena de dezembro até 15 de maio, preferencialmente, antes do período de sazonalidade, que compreende os meses de abril e maio.

Parágrafo 2º - O período de fornecimento e aplicação ocorrerá a partir do mês de março, um mês antes do início da sazonalidade.

Artigo 2º - Aprovar formulários, documentos e fluxos a serem adotados para a solicitação do medicamento Palivizumabe para a prevenção da infecção grave associada ao Vírus Sincicial Respiratório – VSR, (anexo I, II, III, IV, respectivamente);

Artigo 3º - Estabelecer os Polos de Aplicação extra-hospitalar e intra-hospitalar, com vistas a atender a recomendação de otimização/compartilhamento de doses e suas competências (anexo V).

Parágrafo 1º - O CRIE/MT fica responsável pela aplicação do medicamento nas crianças que cumprem os critérios e estão fora do ambiente hospitalar.

Parágrafo 2º - a aplicação intra-hospitalar na região metropolitana será realizada, conforme estabelecido no anexo IV e V, sendo que:

- I.** A UTI Neonatal do Hospital Santa Helena será responsável pela aplicação em sua própria Unidade, bem como nas UTI's Neonatal dos Hospitais Jardim Cuiabá e Santa Rosa;
- II.** O CRIE/MT será responsável pela aplicação nas UTI's do Hospital Geral Universitário, Hospital e Maternidade Femina, Hospital Universitário Julio Muller, Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá e Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande.

Parágrafo 3º - As demais regiões do Estado foram selecionadas com base na existência de UTI neonatal, prévio preenchimento do Questionário Avaliador para Uso do Medicamento Palivizumabe, proposto pelo Ministério da Saúde, acompanhado da manifestação de interesse da Unidade:

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

- a) Hospital São Luis de Cáceres;
- b) Hospital Regional de Sorriso;
- c) Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis.

Artigo 4º - Definir a Superintendência de Assistência Farmacêutica como responsável pelo armazenamento, conservação, distribuição, controle de estoque e monitoramento do fármaco.

Parágrafo 1º - O monitoramento do Palivizumabe será realizado por meio do Sistema Hórus.

Artigo 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura, revogando-se as disposições em contrário.

Cuiabá/MT, 13 de março de 2015.

Marco Aurélio Bertulio das Neves
Presidente da CIB/MT

Sílvia Regina Cremonez Sirena
Presidente do COSEMS/MT

H
O
M
O
L
O
G
A
Ç
Ã
O

CONSENSO

CIB

MT

PACTUAÇÃO

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 011

DE 13 DE MARÇO DE 2015

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE PARA A PREVENÇÃO DA
INFEÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		
Nome do Estabelecimento:		
CNES:		
Telefone para contato:		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE QUE ACOMPANHA A CRIANÇA		
Nome da Instituição que acompanha a criança:		
Telefone para contato:		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome do Paciente:		
Endereço:		
CEP:	Município:	UF:
CNS:	Data de nascimento:	Sexo: F () M ()
Nome da mãe:		
Telefone: DDD ()	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		
Apgar 1':	Apgar 5':	Criança internada: () Sim () Não
Data da alta: / /		
Peso atual: gramas		
➤ 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		
➤ Terapêutica nos últimos seis meses:		
*Oxigênio: () Sim () Não		*Bronco dilatador: () Sim () Não
*Diurético: () Sim () Não		*Corticoide inalatório: () Sim () Não
➤ Menor de dois anos com Doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada (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:		
RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS:		
Nome:		
Instituição de Saúde:		
Telefone para Contato:		
Data de entrada do cadastro:		
AUTORIZAÇÃO – A SER PREENCHIDA PELO MÉDICO AUTORIZADOR DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA		
() Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação de doses na Unidade Responsável: (respeitando-se obrigatoriamente o período de sazonalidade que compreende os meses de Abril à Junho, observando-se que a primeira dose deve, preferencialmente, ser administrada um mês antes);		
() Não autorizo a Liberação do Palivizumabe por não atender a critério estabelecido (Portaria SAS/MS 522 de 13/05/2013 e Portaria 073/2014/GBSES);		
() Não autorizo por falta de informações necessárias para análise da solicitação:		
Data:	Assinatura e carimbo do médico autorizador	
ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS SEGUINTE DOCUMENTOS		
• Cópia da certidão de nascimento, do Cartão SUS e do comprovante de residência. • Pacientes prematuros: anexar cópia do RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR (se internada, relatório médico com justificativa da solicitação). • Pacientes com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada: anexar CÓPIA DO RELATÓRIO MÉDICO com a descrição da cardiopatia, o grau da hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados, xerox do laudo do ecocardiograma do último ano. • Termo de Consentimento Informado, preenchido e assinado em 02 vias – a original, anexar a documentação e a cópia entregar ao responsável legal.		

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br



[Handwritten signature]





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

**ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 011
DE 13 DE MARÇO DE 2015**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE O USO DO PALIVIZUMABE

Eu, _____ [nome do responsável pelo usuário(a) abaixo identificado(a) e firmado(a)], declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do **PALIVIZUMABE**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o meu filho ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Estou ciente de que o **PALIVIZUMABE** está indicado para prevenção de infecções causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

Podem ocorrer os seguintes **efeitos indesejáveis possíveis**: febre, irritabilidade, reação a injeção, diarreia, rash, elevação de enzimas hepáticas, função hepática anormal, doença do trato respiratório superior, leucopenia, vômito, tosse e rinite.

É **contraindicada** em caso de hipersensibilidade conhecida à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, ou a outros anticorpos monoclonais humanizados. Palivizumabe não é indicado para adultos.

Estou ciente de que **posso suspender o tratamento a qualquer momento**, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar tratando o paciente em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao tratamento do paciente para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste CONSENTIMENTO INFORMADO.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

1) IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (preenchida pelo responsável pelo paciente):

Nome: _____
Nome da mãe: _____
CPF (responsável): _____
Endereço: _____
Município: _____

Assinatura do responsável pelo paciente

1) IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO (preenchida pelo médico solicitante responsável pela indicação do medicamento)

Nome do médico: _____
CPF: _____ CRM: _____
Município: _____

Assinatura e carimbo do médico

O Termo de Consentimento Informado deverá ser preenchido e assinado em 02 vias: a original, anexar a documentação e a cópia entregar ao responsável legal.

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**ANEXO III DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº011
DE 13 DE MARÇO DE 2015**

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE
SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE**

Documentos Gerais

1. Cópia da certidão de nascimento;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);
3. Cópia do Comprovante de Residência;

Documentos Específicos:

1. **Pacientes prematuros:**
 - a. anexar cópia do RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR;
 - b. se criança internada, relatório médico com justificativa da solicitação.
2. **Pacientes com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada:**
 - a. anexar CÓPIA DO RELATÓRIO MÉDICO com a descrição da cardiopatia, o grau da hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados;
 - b. anexar xerox do laudo do ecocardiograma do último ano.

tro Político Administrativo - Bl. 05
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT
Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 011
DE 13 DE MARÇO DE 2015

FLUXO PARA DISPENSAÇÃO E LIBERAÇÃO DO PALIVIZUMABE

No âmbito do estado de Mato Grosso, a dispensação do medicamento palivizumabe obedecerá ao disposto na Portaria SAS/MS Nº 522, de 13.05.2013, que aprova o protocolo de uso do palivizumabe no âmbito do SUS, e a Nota Técnica Conjunta nº 01/2014 - DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS, que recomenda o fluxo para dispensação do medicamento palivizumabe para o tratamento do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no SUS, por meio de ações articuladas entre as áreas técnicas da gestão estadual e municipal que compreendem, principalmente, a Assistência Farmacêutica, a Saúde da Criança, a Vigilância em Saúde e CRIE/MT.

O Fluxo para Dispensação e Liberação do Palivizumabe para Crianças fora do ambiente hospitalar assim é descrito:

1. As Unidades Básicas e Secundárias de Saúde deverão identificar as crianças que preencherem os critérios, através de demanda espontânea ou busca ativa; Realizar o acolhimento da criança e seu responsável legal; Orientar/informar sobre o Palivizumabe; Montar o processo de solicitação do Palivizumabe;
2. O médico solicitante deverá preencher o Formulário de Solicitação do Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (Anexo I), bem como preencher e assinar juntamente com o Responsável Legal o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo II);
3. O médico solicitante, juntamente com a Equipe da Unidade, deverá orientar o Responsável Legal quanto a documentação complementar necessária (Anexo III) para a tramitação do processo;
4. Após cumpridas as exigências formais, a Unidade encaminhará o processo para a SMS;
5. A SMS (Setor/Responsável Técnico definido e oficializado para o CRIE) realizará a conferência da documentação e encaminhará ao CRIE;
6. A Equipe do CRIE realizará nova conferência dos requisitos e documentos necessários e encaminhará ao médico avaliador para parecer técnico.
7. Sendo o Parecer Técnico Desfavorável, retornará o processo à SMS, com cópia do parecer.
8. Se favorável, o CRIE contactará o Responsável Legal para agendamento da data e local da aplicação e informará a SMS para viabilização do transporte;
9. A SAF, mediante grade de solicitação/autorização advinda do CRIE, realizará a dispensação do medicamento, com registro e monitoramento no Sistema HORUS;

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 - Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

10. A Vigilância Epidemiológica/SMS Cuiabá, mediante comunicado do CRIE/SAF, e conforme calendário pré-definido, realizará o transporte do medicamento até o CRIE;
11. Na data agendada para aplicação, nas dependências do Ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, que possui suporte de urgência e emergência e retaguarda de leito, a Equipe do CRIE, após acolher a criança/responsável e conferir a documentação exigida e o estado geral da criança, realizará a aplicação;
12. Após cada aplicação, a Equipe registrará as informações pertinentes (no Cartão da Criança, no Sistema HORUS e na planilha de controle, que deverá ser assinada pelo Responsável Legal), e realizará o agendamento da dose subsequente, se ainda dentro da sazonalidade;
13. Caso a criança seja faltosa, o CRIE informará a SMS/Setor/Responsável Técnico para a realização da busca ativa;
14. Mensalmente, o CRIE enviará relatório a Área Técnica Saúde da Mulher e da Criança/SES (ATSMC) e Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF);
15. A SAF realizará o monitoramento da dispensação e registro no Sistema e enviará, mensalmente, relatório à ATSMC/CRIE;
16. Ao final da sazonalidade, o processo será arquivado no CRIE/MT.

Fluxo para Dispensação e Liberação do Palivizumabe: Polos de Aplicação intra-hospitalar/Interior (UTI Neonatal do Hospital São Luis de Cáceres, Hospital Regional de Sorriso e Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis).

1. A Equipe da UTI Neonatal identificará as crianças que preencherem os critérios;
2. O médico solicitante orientará e informará sobre o medicamento, preencherá o Formulário de Solicitação do Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (Anexo I), bem como preencherá e assinará juntamente com o Responsável Legal o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo II);
3. O Responsável da Unidade (definido e formalizado para o CRIE) após a conferência dos documentos, inclusive os complementares, encaminhará o processo físico para o CRIE;
4. A Equipe do CRIE realizará a conferência dos requisitos e documentos necessários a instrução do processo e encaminhará ao médico avaliador para parecer técnico;
5. Sendo o Parecer Técnico Desfavorável, o CRIE comunicará a Instituição Hospitalar que informará a família;
6. Sendo o Parecer Técnico/Médico Favorável, o CRIE informará a SAF, a Gerência de Imunização/SES e a UTI solicitante;
7. A SAF realizará a dispensação e liberação do medicamento, mediante grade enviada pelo CRIE, com registro e monitoramento da dispensação no sistema (HORUS) e envio de relatório mensal a ATSMC/CRIE;

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

8. A Gerência de Imunização/SES, mediante agendamento prévio e cronograma pré-estabelecido, realizará o transporte do medicamento da SAF até o ERS/Rede de Frio de abrangência da UTI;
9. O Hospital mediante comunicado do CRIE/ERS realizará a retirada do medicamento e fará a aplicação mensal, conforme calendário estabelecido pelo CRIE, com vistas a otimização de doses;
10. No momento da administração, o médico plantonista, reavaliará as condições gerais da criança, confirmará a prescrição, e dosagem (mediante pesagem);
11. Após cada aplicação, a Equipe deverá registrar as informações pertinentes, tais como, dose aplicada, peso da criança, nº do lote do medicamento, intercorrências, se houver (no Cartão da Criança, no Sistema HORUS e na planilha de controle, que deverá ser assinada pelo Responsável Legal), e realizar o agendamento da dose subsequente, se ainda dentro da sazonalidade;
12. Quando da previsão de alta hospitalar, e ainda no período de sazonalidade, a Equipe da UTI deverá orientar o responsável legal para contactar o CRIE para confirmar a data da aplicação extra-hospitalar;
13. Quando da alta hospitalar, e ainda no período de sazonalidade, a Equipe da UTI solicitante encaminhará Relatório de Alta para ser anexado ao processo/CRIE para garantia da dose subsequente;
14. Ao final da sazonalidade, o processo será arquivado no CRIE.

O Fluxo para Dispensação e Liberação do Palivizumabe: Região Metropolitana/Aplicação intra-hospitalar (UTI's Neonatal dos Hospitais - HUJM, HGU, Santa Helena, Femina, Jardim Cuiabá, Santa Rosa e PSMVG), e Ambulatórios Follow up, assim é descrito:

1. A Equipe da UTI Neonatal identificará as crianças que preencherem os critérios;
2. O médico solicitante orientará e informará sobre o medicamento, preencherá o Formulário de Solicitação do Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (Anexo I), bem como preencherá e assinará juntamente com o Responsável Legal o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo II);
3. O Responsável da Unidade (definido e formalizado para o CRIE) após a conferência dos documentos, inclusive os complementares (Anexo III), encaminhará o processo físico ao CRIE;
4. A Equipe do CRIE realizará a conferência dos requisitos e documentos necessários e encaminhará ao médico avaliador para parecer técnico;
5. Sendo o Parecer Técnico Desfavorável, o CRIE comunicará a Instituição Hospitalar que informará a família;
6. Sendo o Parecer Técnico/Médico Favorável, o CRIE informará a Unidade Hospitalar, a SAF e a Gerência de Imunização/Vigilância Epidemiológica/SMS Cuiabá;

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 - Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 - e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

7. A SAF realizará a dispensação e liberação do medicamento, mediante grade enviada previamente pelo CRIE, com registro e monitoramento da dispensação no sistema (HORUS) e enviará relatório mensal a ATSMC/CRIE;
8. SAF/CRIE comunicarão a Gerência de Imunização/SMS de Cuiabá para, mediante agendamento prévio e de acordo com calendário/cronograma pré-estabelecido realizar o transporte do medicamento até o Hospital Santa Helena/UTI Neonatal;
9. O CRIE estabelecerá cronograma de aplicação com agendamento, com vistas a otimização de doses;
10. No momento da administração, o médico plantonista, reavaliará as condições gerais da criança, confirmará a prescrição, e dosagem (mediante pesagem);
11. A Equipe da UTI Neonatal do Hospital Santa Helena realizará aplicação intra-hospitalar, nas UTI's Neonatal do Hospital Santa Helena, Jardim Cuiabá e Santa Rosa;
12. O CRIE/MT realizará a aplicação intra-hospitalar nas Unidades HUJM, HGU, Hospital e Maternidade Femina, Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá e P.S.M.V.G;
13. A Equipe da UTI solicitante acompanhará o procedimento, atestando em formulário próprio/CRIE e prontuário hospitalar a dose recebida pelo paciente, o lote do medicamento para a garantia da rastreabilidade, intercorrências se houver, dentre outras;
14. O acompanhamento da aplicação será realizado pela Equipe da UTI solicitante que assegurará equipe treinada, materiais e medicamentos para o acompanhamento da aplicação do Palivizumabe e atendimento de possíveis reações adversas;
15. Após cada aplicação, a Equipe da UTI deverá registrar as informações pertinentes, tais como dose aplicada, peso da criança, nº do lote do medicamento, intercorrências, se houver (no Cartão da Criança, no Sistema HORUS e na planilha de controle, que deverá ser assinada pelo Responsável Legal), e realizar o agendamento da dose subsequente, na Caderneta da Criança, se ainda dentro da sazonalidade;
16. Quando da alta hospitalar, e ainda no período de sazonalidade, a Equipe da UTI solicitante encaminhará Relatório de Alta para ser anexado ao processo/CRIE para garantia da dose subsequente;
17. Ao final da sazonalidade, o processo será arquivado no CRIE/MT;
18. Para os ambulatorios de Follow up, a aplicação será realizada conforme estabelecido no Fluxo Extra-hospitalar, ou seja, mediante agendamento, a aplicação será realizada pelo CRIE/MT, nas dependências da Santa Casa de Cuiabá.

tro Político Administrativo - Bl. 05
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT
Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO V DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº011
DE 13 DE MARÇO DE 2015
COMPETÊNCIAS DEFINIDAS

Compete as Unidades de Saúde (básica e secundária):

1. Realizar a identificação das crianças que cumprem os critérios estabelecidos para recebimento do Palivizumabe;
2. Orientar o responsável legal sobre o Palivizumabe, critérios e documentos necessários;
3. Viabilizar o preenchimento dos Formulários de Solicitação e Termo de Consentimento e encaminhar juntamente com os documentos necessários a Secretaria Municipal de Saúde-SMS;
4. Contactar, nos casos de dúvidas sobre os critérios estabelecidos, o CRIE;
5. Encaminhar o processo para a SMS, depois de anexada toda a documentação;
6. Acompanhar o andamento do processo;
7. Realizar busca ativa.

Compete as Equipes das UTI's Neonatal/Ambulatórios de Follow Up:

1. Disponibilizar e divulgar as Normas vigentes acerca do Palivizumabe;
2. Identificar as crianças internadas que preencherem os critérios;
3. Orientar/informar o Responsável Legal sobre o Palivizumabe;
4. Montar o processo de solicitação do Palivizumabe (anexo I, II, III e IV);
5. Contactar o CRIE nos casos de dúvidas sobre os critérios estabelecidos em Portaria;
6. Encaminhar o processo para o CRIE, após anexada toda a documentação necessária;
7. Acompanhar o andamento do processo;
8. Participar das capacitações ofertadas pelo CRIE/SAF;
9. Definir e oficializar ao CRIE o Responsável Técnico da UTI Neonatal e do Ambulatório de Follow Up por montar/receber, conferir, encaminhar e acompanhar os processos de solicitação;
10. Reavaliar as condições gerais da criança, confirmar a prescrição, e dosagem (mediante pesagem) no momento da aplicação*;
11. Acompanhar o procedimento, atestando em formulário próprio/CRIE e prontuário hospitalar/ambulatorial a dose recebida pelo paciente, o lote do medicamento para a garantia da rastreabilidade e intercorrências, se houver*.
12. Encaminhar quando da alta hospitalar o Relatório de Alta para ser anexado ao processo/CRIE e garantida a dose subsequente*;
13. Assegurar equipe treinada, materiais e medicamentos para o acompanhamento da aplicação do Palivizumabe e atendimento de possíveis reações adversas*;
14. Orientar o Responsável Legal, quando da alta hospitalar e se ainda no período de sazonalidade, quanto as doses subsequentes*;

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

** os itens de 10 a 14 são de competência exclusiva das UTI's Neonatal.*

Compete as Secretarias Municipais de Saúde:

1. Disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do medicamento Palivizumabe para as Equipes/Unidades de Saúde;
2. Definir setor e responsável pelo recebimento, conferência dos documentos necessários para a solicitação do medicamento e realização de busca ativa;
3. Disponibilizar traslado para responsável e criança advindos do interior para as aplicações do Palivizumabe extra-hospitalar que serão realizadas na Capital;
4. Disponibilizar transporte dos Técnicos para a aplicação intra-hospitalar em Cuiabá, conforme agendamento previamente estabelecido entre CRIE/Vigilância Epidemiológica/Área Técnica Saúde da Criança/SMS Cuiabá.

Compete ao CRIE:

1. Qualificar a equipe responsável das Unidades Hospitalares para a aplicação do Palivizumabe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente administrativo);
2. Orientar os profissionais de saúde sobre o Palivizumabe e critérios estabelecidos;
3. Receber, analisar e emitir parecer técnico dos processos de solicitação do insumo e informar as Unidades Hospitalares/SMS's;
4. Elaborar cronograma de aplicação com vistas a otimização de doses;
5. Elaborar grade de solicitação/autorização do medicamento para os polos de aplicação;
6. Realizar busca ativa em parceria com as SMS's;
7. Realizar a aplicação extra-hospitalar nas crianças que cumprem os critérios, conforme cronograma e agendamento estabelecidos;
8. Realizar a aplicação intra-hospitalar, sob acompanhamento da Equipe da UTI Neonatal solicitante (HUIJM, HGU, Santa Casa de Cuiabá, Femina e PSMVG), conforme cronograma estabelecido;
9. Registrar e monitorar via HORUS ou sistema próprio, cadastro do paciente, quantidade dispensada/aplicada e eventuais perdas, bem como lote do medicamento para a garantia da rastreabilidade, reações adversas e movimentações do medicamento no estoque, dentre outros;
10. Arquivar o processo para fins de controle, avaliação e auditoria;
11. Enviar relatório mensal a Área Técnica da Saúde da Mulher e da Criança-ATSMC e SAF.

Compete aos Polos de Aplicação/Região Metropolitana – UTI Neonatal Santa Helena/CRIE

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

1. Realizar a aplicação intra-hospitalar nas crianças que cumprem os critérios, conforme cronograma e agendamento estabelecidos, sob acompanhamento da Equipe da UTI Neonatal solicitante;
2. Registrar e monitorar via HORUS ou sistema próprio, cadastro do paciente, quantidade dispensada/aplicada e eventuais perdas, bem como lote do medicamento para a garantia da rastreabilidade, reações adversas e movimentações do medicamento no estoque, dentre outros;
3. Registrar as informações no Cartão da Criança e planilha de controle (formulário de recibo de doses) os dados do paciente, dose recebida, o lote do medicamento para a garantia da rastreabilidade, reações adversas e outras intercorrências;
4. Respeitar as normas e rotinas acerca do armazenamento, conservação, transporte, registro das informações e farmacovigilância, conforme estabelecido na Nota Técnica Conjunta 01/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS.

Compete aos Polos de Aplicação Intra-Hospitalar/Interior (Hospital Regional de Sorriso, Hospital São Luis de Cáceres e Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis):

1. Disponibilizar e divulgar as Normas vigentes acerca do Palivizumabe;
2. Identificar as crianças internadas que preencherem os critérios;
3. Orientar/informar o Responsável Legal sobre o Palivizumabe;
4. Montar o processo de solicitação do Palivizumabe (anexo I, II e III);
5. Contactar, nos casos de dúvidas sobre os critérios estabelecidos, o CRIE;
6. Definir e oficializar ao CRIE o Responsável Técnico da UTI Neonatal por montar/receber, conferir, encaminhar e acompanhar os processos de solicitação;
7. Encaminhar o processo para o CRIE, após anexada toda a documentação necessária;
8. Acompanhar o andamento do processo;
9. Participar das capacitações ofertadas pelo CRIE/SAF;
10. Retirar o medicamento no Escritório Regional de Saúde de sua abrangência, mediante calendário pré-estabelecido e informado pelo CRIE;
11. Respeitar as normas e rotinas acerca do armazenamento, conservação, transporte, registro das informações e farmacovigilância, conforme estabelecido na Nota Técnica Conjunta 01/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS;
12. Reavaliar as condições gerais da criança, confirmar a prescrição, e dosagem (mediante pesagem) no momento da aplicação;
13. Assegurar equipe treinada bem como materiais e medicamentos para atendimento de possíveis reações adversas;
14. Realizar aplicação mensal, mediante calendário previamente estabelecido de acordo com prescrição médica e parecer técnico do CRIE;

tro Político Administrativo - Bl. 05
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

15. Registrar as informações no Cartão da Criança e planilha de controle os dados do paciente, dose recebida, o lote do medicamento para a garantia da rastreabilidade, reações adversas e outras intercorrências;
16. Registrar e monitorar via HORUS, cadastro do paciente, quantidade dispensada/aplicada e eventuais perdas, bem como lote do medicamento para a garantia da rastreabilidade, reações adversas e movimentações do medicamento no estoque, dentre outros;
17. Encaminhar quando da alta hospitalar o Relatório de Alta para ser anexado ao processo/CRIE e garantia da dose subsequente;
18. Orientar o Responsável Legal, quando da alta hospitalar e se ainda no período de sazonalidade, quanto as doses subseqüentes;

Compete a SAF:

1. Armazenar, conservar e controlar o estoque do palivizumabe, por meio do sistema HORUS;
2. Dispensar o medicamento mediante grade de solicitação/autorização previamente estabelecida pelo CRIE;
3. Realizar o monitoramento da dispensação e registro no Sistema;
4. Adquirir o Medicamento Palivizumabe para os casos que não estiverem contemplados na Portaria 522/2013/SAS/MS, ficando sob a responsabilidade do médico solicitante o acompanhamento da aplicação e possíveis reações adversas;
5. Analisar e emitir parecer técnico/médico para os casos não contemplados na Portaria 522/2013/SAS/MS;
6. Encaminhar os processos e respectivos pareceres à Procuradoria Geral do Estado – PGE, para que possam emitir orientação jurídica quando se tratar de ordem judicial, cujos critérios não atenderem a Portaria 522/2013/SAS/MS, e a critérios adotados pela SAF/Portaria 172;
7. Implantar o sistema HORUS para monitoramento do medicamento;
8. Capacitar os Pólos de Aplicação em HORUS, bem como prestar assessoria técnica as instituições envolvidas;
9. Coordenar juntamente com a Superintendência de Assistência à Saúde o processo de incorporação do Palivizumabe;
10. Elaborar conjuntamente com ATSMC a grade de necessidade do medicamento para o estado.
11. Informar ao CRIE/ATSMC, mensalmente, consolidado de distribuição do medicamento por Polo de Aplicação e quantitativo em estoque;

tro Político Administrativo - Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Compete a Superintendência de Vigilância em Saúde/Gerência de Imunização/Central Estadual de Rede de Frio:

1. Retirar o medicamento Palivizumabe na Superintendência de Assistência Farmacêutica e acondicioná-lo conforme as normas e rotinas acerca do armazenamento, conservação, transporte, registro das informações e farmacovigilância, conforme estabelecido na Nota Técnica Conjunta 01/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS e Manual de Rede de Frio;
2. Realizar o transporte do medicamento Palivizumabe aos ERS's de Sorriso, Rondonópolis e Cáceres, conforme calendário e grade de distribuição previamente estabelecido entre COSEMS, SAS, CRIE e SVS/Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica/Gerência de Imunização/SES;

Compete aos Escritórios Regionais de Saúde/Rede de Frio:

1. Apoiar a incorporação do Palivizumabe, divulgar e discutir amplamente a estratégia junto aos municípios de abrangência;
2. Receber, o medicamento Palivizumabe e acondicioná-lo conforme as normas e rotinas acerca do armazenamento, conservação, transporte, registro das informações e farmacovigilância, conforme estabelecido na Nota Técnica Conjunta 01/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS e manual de Rede de Frio;
3. Dispensar o medicamento as UTI's Neonatal (Hospital Regional de Sorriso, Hospital São Luis de Cáceres e Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis), conforme grade de distribuição previamente estabelecida pela CRIE;
4. Informar ao CRIE, mensalmente, consolidado de distribuição do medicamento por Pólo de Aplicação.

Compete a Superintendência de Atenção à Saúde (Área Técnica da Saúde da Mulher e da Criança e Coordenadoria de Apoio a Organização de Redes de Serviços de Saúde):

1. Coordenar juntamente com a Superintendência de Assistência Farmacêutica o processo de incorporação do Palivizumabe;
2. Coordenar o processo de monitoramento da incorporação do Palivizumabe na Rede de Atenção à Saúde;
3. Divulgar e articular a estratégia de incorporação do medicamento junto aos municípios;
4. Prestar assessoria técnica aos municípios para a incorporação da estratégia;
5. Apoiar a estruturação dos serviços regionais;
6. Elaborar conjuntamente com SAF a grade de necessidade do medicamento para o estado.

Cuiabá, 13 de março de 2015.

tro Político Administrativo - Bl. 05
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT
Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: secibmt@ses.mt.gov.br

