

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

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		
	Nome do Estabelecimento:		CNES:
	Telefone para contato DDD(): _____		E-mail: _____
	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE QUE ACOMPANHA A CRIANÇA		
	Nome da Instituição que acompanha a criança:		
	Telefone para contato DDD (): _____		
	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
	Nome do Paciente:		CNS:
	Endereço:		CEP:
	UF:		Município:
	Data de Nascimento:	Sexo: F () M ()	Telefone/celular: DDD () _____
	Nome da mãe:		
	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 ➤ 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) . () 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 1ª Avaliação: ____/____/____.		Data Reavaliação: ____/____/____.	
Assinatura e carimbo do médico autorizador		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, () Prescrição médica atualizada; () 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 comprovada: 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.			

ANEXO II – 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 Sincial Respiratório, no período de sazonalidade.

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: _____ Data: ____/____/____ _____ Assinatura do responsável pelo paciente
1) IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO (preenchida pelo médico solicitante responsável pela indicação do medicamento) Nome do médico: _____ CPF: _____ CRM: _____ Município: _____ Data: ____/____/____ _____ 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.

ANEXO III

Identificação do paciente: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE

Documentos Gerais

- () Cópia da Certidão de Nascimento;
- () Cópia do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);
- () Cópia do Comprovante de Residência;
- () Prescrição Médica atualizada

Documentos Específicos:

a) **Pacientes prematuros (nascidos com Idade Gestacional menor ou igual a 28 semanas), com idade inferior a 1 ano:**

- () Cópia do relatório de alta hospitalar
- () Se criança internada, relatório médico com justificativa da solicitação, com informação de doses já realizadas quando internados

b) **Pacientes com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada:**

- () Relatório médico **original** com a descrição da cardiopatia, o grau da hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados;
- () Cópia do laudo do ecocardiograma do último ano.

c) **Pacientes com Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade:**

- () Relatório médico atualizado **original** especificando a necessidade do uso e os medicamentos utilizados durante os últimos 06 meses.

d) **Crianças com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada e com Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade, no segundo ano de vida, que permaneçam com indicação de continuidade, deverão ser reavaliadas e apresentar, também:**

- () Relatório médico atualizado justificando a necessidade de continuidade, com descrição da terapia medicamentosa e de suporte utilizada nos últimos 6 meses

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: UNIDADE DE SAÚDE Nome: _____ Instituição de Saúde: _____ Telefone para Contato: _____ Data de entrada do cadastro: _____
RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Nome: _____ Telefone para Contato: _____ Data: ____/____/____
RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE Nome: _____ Telefone para Contato: _____ Data: ____/____/____

Obrigatório preenchimento de todos os campos

Visto do CRIE _____ Data: ____/____/____.

ANEXO IV
FLUXO PARA LIBERAÇÃO E DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO PALIVIZUMABE – MATO GROSSO

FLUXOS POLO DE APLICAÇÃO - AMBULATORIAL

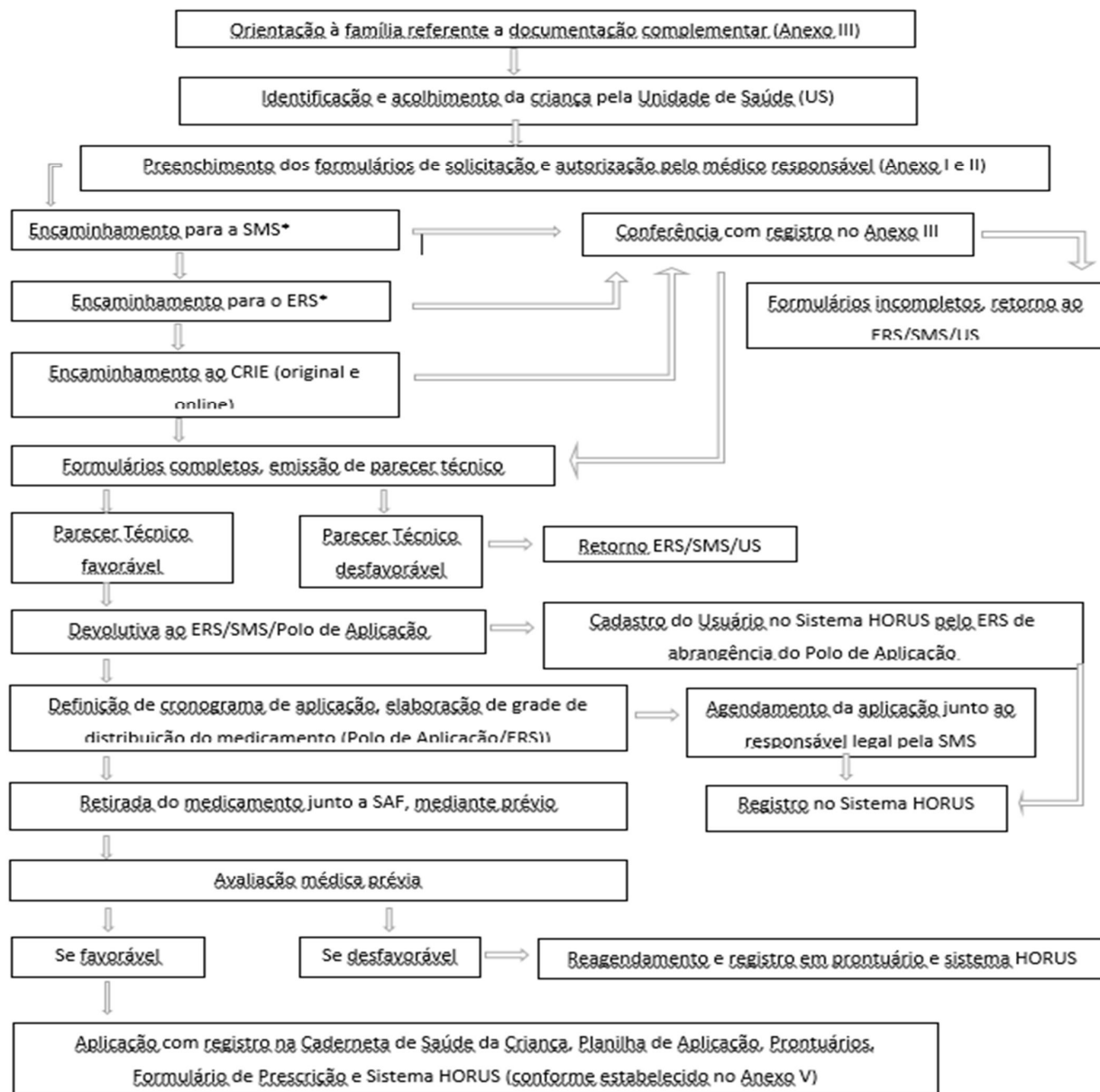
1. As Unidades Básicas e Secundárias de Saúde deverão identificar as crianças que preencherem os critérios, por meio de demanda espontânea ou busca ativa; realizar o acolhimento da criança e seu responsável legal;
2. O médico solicitante deverá preencher e assinar o Formulário de Solicitação do Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (Anexo I), bem como preencher e assinar com o Responsável Legal o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo II);
3. O médico solicitante, e Equipe da Unidade, deverão orientar o Responsável Legal quanto à documentação complementar necessária (Anexo III) para a tramitação do processo;
4. Após cumpridas as exigências formais, o processo deverá ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de abrangência;
5. A Secretaria Municipal de Saúde - SMS (Setor/Responsável Técnico definido e oficializado para o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais/CRIE) realizará a conferência da documentação e encaminhará ao Escritório Regional de Saúde – ERS de seus municípios de abrangência;
6. O Escritório Regional de Saúde - ERS, após verificação dos documentos, e, se estiver completo/correto deverá encaminhar **o original** do processo ao CRIE-MT. Se documentação estiver incompleta, devolverá o processo a Secretaria Municipal de Saúde - SMS solicitando complementação/correção;
7. A Equipe do CRIE-MT após receber processo realizará conferência dos documentos completos/corretos e encaminhará ao médico avaliador para Parecer Técnico; após avaliação devolverá o resultado do parecer técnico ao Escritório Regional de Saúde - ERS/Secretaria Municipal de Saúde –SMS para providências.
8. O Escritório Regional de Saúde – ERS/Secretaria Municipal de Saúde – SMS e Polos de Aplicação, de comum acordo definirão o cronograma de aplicação com agendamento, visando a otimização de doses;
9. A Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF, mediante o recebimento da Relação Nominal dos usuários deferidos para a sazonalidade, enviados diretamente pelos Polos de Aplicação, realizará a distribuição do medicamento via Sistema Hórus, conforme cronograma mensal, com vistas a otimização de doses.
10. Na data agendada, a Equipe do Pólo de Aplicação após acolher a criança/responsável reavaliará as condições gerais da criança, confirmará a prescrição e dosagem (mediante pesagem do dia) e realizará a aplicação;
11. Após cada aplicação, a Equipe do Pólo de Aplicação deverá registrar as informações pertinentes, tais como, dose aplicada, peso da criança, número do lote do medicamento e validade, intercorrências, se houver, no Cartão da Criança, no Sistema Hórus, no prontuário ambulatorial e na planilha de controle que deverá ser assinada pelo Responsável Legal, e realizará o agendamento da dose subsequente, se ainda dentro da sazonalidade;
12. Caso a criança seja faltosa, os Polos de Aplicação deverão informar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência que comunicará a SMS/Setor/Responsável Técnico, para a realização da busca ativa;
13. Mensalmente, os Polos de Aplicação deverão alimentar o Sistema HORUS, o qual será monitorado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica - SAF;
14. Ao final da sazonalidade os Polos de Aplicação deverão encaminhar a planilha de aplicação e prontuário médico ao CRIE-MT para arquivamento;
15. Os Polos de Aplicação deverão fazer triagem dos usuários com perfil para próxima sazonalidade, completando o esquema de doses;
16. Para os ambulatoriais de Follow up, o trâmite do processo, bem como a aplicação seguirão o fluxo acima descrito.

FLUXOS POLO DE APLICAÇÃO - INTRA-HOSPITALAR

1. A Equipe da UTI Neonatal/Polo de Aplicação Intra-Hospitalar identificará as crianças que preencherem os critérios;

2. O médico solicitante deverá orientar, informar sobre o medicamento, preencher e assinar o Formulário de Solicitação do Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (Anexo I)
3. O Médico solicitante e o Responsável Legal deverão preencher e assinar o Formulário Termo de Consentimento (Anexo II),
4. O Responsável da Unidade (definido e formalizado para o CRIE) após a conferência dos documentos, inclusive os complementares, encaminhará o processo físico à Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
5. A Secretaria Municipal de Saúde - SMS (Setor/Responsável Técnico definido e oficializado para o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais/CRIE) realizará a conferência da documentação e encaminhará ao Escritório Regional de Saúde (ERS);
6. O Escritório Regional de Saúde - ERS, após verificação dos documentos, encaminhará o processo original ao CRIE-MT. Se documentação incompleta, devolverá o processo a Secretaria Municipal de Saúde - SMS solicitante que devolverá ao Polo de Aplicação Intra-hospitalar;
7. A Equipe do CRIE realizará a conferência dos requisitos e documentos necessários para a instrução do processo e encaminhará ao médico avaliador para parecer técnico;
8. Sendo o Parecer Técnico Desfavorável, o CRIE-MT deverá comunicar ao Escritório Regional de saúde - ERS que comunica a Secretaria Municipal de Saúde - SMS e esta informa ao Polo de Aplicação Intra-hospitalar, prestando informações a família;
9. Parecer Técnico/Médico Favorável, o CRIE informa ao Escritório Regional de Saúde - ERS, encaminhando cópia do parecer via e-mail.
10. O Escritório Regional de Saúde - ERS informa a Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Polos de Aplicação Intra-hospitalar, encaminhando cópia do parecer;
11. A Secretaria Municipal de Saúde - SMS realiza agendamento e retirada do medicamento para aplicação mensal diretamente na Superintendência de Assistência - SAF, conforme cronograma estabelecido pelos Polos de Aplicação, com vistas a otimização de doses;
12. No momento da administração, o médico plantonista, reavaliará as condições gerais da criança, confirmará a prescrição e dosagem (mediante pesagem do dia);
13. Após cada aplicação, a equipe dos Polos de Aplicação deverá registrar as informações pertinentes, tais como: dose aplicada; peso da criança; número do lote do medicamento e validade; intercorrências no Cartão da Criança; no Sistema Hórus; no prontuário hospitalar e na planilha de controle que deverá ser assinada pelo Responsável Legal. E, realizar o agendamento da dose subsequente, se ainda dentro da sazonalidade;
14. Ao final da sazonalidade, os processos originais que concluírem o esquema, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde - MS, deverão ser devolvidos aos Escritórios Regionais de Saúde - ERSs de sua abrangência, que remeterão ao CRIE-MT para arquivamento;
15. Quando da previsão de alta hospitalar, a Equipe do Polo de Aplicação Intra-hospitalar deverá contactar a Secretaria Municipal de Saúde – SMS e enviar Relatório de Alta e Planilha de Controle da Aplicação para continuidade e garantia das doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial;
16. A Secretaria Municipal de Saúde - SMS através da Escritório Regional de Saúde - ERS deve encaminhar ao CRIE-MT o processo para avaliação e conduta de continuidade das doses subsequentes, até o final da sazonalidade;
17. Ao final da sazonalidade os Polos de Aplicação Intra-hospitalar deverão encaminhar via Secretaria Municipal de Saúde-SMS/Escritório Regional de Saúde – ERS de sua abrangência, a planilha de aplicação e prontuário médico ao CRIE-MT para arquivamento (Anexos VII e VIII).
18. Processos advindos das UTI's, cujos usuários não residem no município, deverão ser enviados diretamente ao ERS de abrangência da Unidade Solicitante.

FLUXOGRAMA - LIBERAÇÃO E DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO PALIVIZUMABE – MT



ANEXO V - COMPETÊNCIAS DEFINIDAS

1. Compete às Unidades de Saúde:

1. Disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do Palivizumabe;
2. Realizar a identificação das crianças que cumprem os critérios estabelecidos para recebimento do Palivizumabe;
3. Orientar o responsável legal sobre indicações, critérios e documentos necessários;
4. Montar o processo de solicitação conforme Anexos I, II, e contidos III;
5. Contactar o CRIE-MT nos casos de dúvidas sobre os critérios estabelecidos;
6. Encaminhar o processo, devidamente protocolado, com data e assinatura legível do Remetente, com toda documentação necessária, conforme o fluxo (Anexo IV)
7. Acompanhar o andamento do processo;
8. Comunicar a família quanto ao Parecer Técnico final;
9. Realizar busca ativa.

2. Compete aos Polos de Aplicação (Intra-Hospitalar e Ambulatorial):

1. Compor equipe multidisciplinar, conforme preconiza a **Portaria Conjunta nº023, de 03 de outubro de 2018**;

2. Disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do Palivizumabe;
3. Orientar/informar o Responsável Legal sobre o medicamento, protocolo de uso, potenciais riscos e efeitos colaterais, processo de solicitação;
4. Contactar o CRIE nos casos de dúvidas sobre o trâmite processual, critérios e processo de administração;
5. Definir e oficializar ao ERS de abrangência, o nome do Responsável Técnico do Polo de Aplicação Ambulatorial e intra-hospitalar;
6. Participar das capacitações ofertadas pelo CRIE-MT, Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF e Área Técnica Saúde da Criança/SES-MT;
7. Ser agente multiplicador da estratégia junto a Equipe Técnica do Polo de Aplicação;
8. Elaborar a grade de distribuição do medicamento;
9. Retirar o medicamento na Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF, conforme agendamento, mediante grade de distribuição;
10. Elaborar cronograma de aplicação, com vistas à otimização de doses;

11. Cumprir 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. Assegurar local adequado, equipe treinada, materiais/insumos e medicamentos para a aplicação do Palivizumabe e atendimento de possíveis reações adversas;

13. Realizar aplicação, mediante calendário previamente estabelecido;

14. Antes da aplicação, reavaliar as condições gerais da criança, realizar a pesagem para definição da dose a ser administrada, com registro em Prontuário e Formulário de Prescrição Médica – Palivizumabe (Anexo VII);

15. Após a aplicação registrar dose recebida, reações adversas e outras intercorrências, no Prontuário (hospitalar/ambulatorial);

16. Registrar a dose aplicada, o lote do medicamento, data de validade, na Caderneta de Saúde da Criança e Planilha de Aplicação, que deverá ser encaminhada no final da sazonalidade ao CRIE;

17. Registrar e monitorar, regularmente, via sistema HORUS, cadastro do paciente, quantidade dispensada/aplicada e eventuais perdas, bem como lote e validade do medicamento para a garantia da rastreabilidade e movimentações do medicamento no estoque, dentre outros;

18. Contactar a Secretaria Municipal de Saúde-SMS de residência do usuário quando da previsão de alta hospitalar, e ainda no período de sazonalidade, para garantia do agendamento das doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial, e comunicar o CRIE para acompanhamento;

19. Após a alta hospitalar, encaminhar de imediato, o Relatório de Alta, a Planilha de Aplicação e o Formulário de Prescrição Médica para a Secretaria Municipal de Saúde-SMS de residência do usuário para que seja anexado ao processo, e garantidas as doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial, e comunicar o CRIE para acompanhamento e guarda legal do processo original;

20. Na alta hospitalar, orientar o responsável legal da criança, quanto às doses subsequentes a serem administradas na Unidade Ambulatorial de abrangência, conforme sazonalidade;

21. Informar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência, os casos de crianças faltosas, para que seja realizada a busca ativa pelo município;

22. Enviar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência, a via original do Formulário de Prescrição e Planilha de Aplicação, ao término da sazonalidade, no prazo máximo de 15 dias úteis;

23. Elaborar o Relatório Final da sazonalidade e enviar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência;

24. Cadastrar seus usuários no Sistema HORUS;

25. Realizar inventário, ao final da sazonalidade e encaminhar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência/Superintendência de Assistência Farmacêutica - SAF.

3. Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

1. Disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do medicamento Palivizumabe para as Equipes/Unidades de Saúde;

2. Ser agente multiplicador da estratégia junto à rede municipal de atenção à saúde;

3. Definir setor e responsável pelo recebimento, conferência dos documentos necessários para a solicitação do medicamento;

4. Definir e oficializar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência, o nome do Responsável Técnico da UTI Neonatal por montar/receber, conferir, encaminhar e acompanhar os processos de solicitação;

5. Comunicar ao responsável pela criança quanto a data de agendamento da Aplicação, conforme calendário previamente informado pelo Polo de Aplicação e Escritório Regional de Saúde - ERS;

6. Disponibilizar, se necessário e conforme avaliação social, traslado e ajuda de custo para o responsável legal e criança advindos do interior para as aplicações do medicamento nos Polos de Aplicação Ambulatorial;

7. Contactar o Escritório Regional de Saúde - ERS de sua abrangência quando da previsão de alta hospitalar, e ainda no período de sazonalidade, para garantia do agendamento das doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial;

8. Após a alta hospitalar, encaminhar de imediato, o Relatório de Alta, a Planilha de Aplicação e o Formulário de Prescrição Médica para o Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência para que seja anexado ao processo, e garantidas as doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial;

9. Apoiar os Polos de Aplicação, quando necessário, a retirada/transporte do medicamento na Superintendência de Assistência Farmacêutica - SAF, mediante agendamento, conforme grade de distribuição previamente estabelecida e informada pelo Polo de Aplicação e Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência observando todos os cuidados para o seu armazenamento/acondicionamento adequados;

10. Discutir e pactuar, em Colegiado Intergestor Regional (CIR), a implantação de Polo de Aplicação na Região de Saúde, com vistas a garantia do acesso mais próximo ao usuário.

11. Realizar busca ativa (crianças ilegíveis e faltosos).

4. Compete a Unidade de Referência Estadual – CRIE/MT

1. Matriciar e capacitar a equipe responsável dos Polos de Aplicação - Palivizumabe (médico, enfermeiro,

Técnico de enfermagem e agente administrativo);

2. Receber, analisar e emitir Parecer Técnico dos processos de solicitação do insumo e informar aos ERS;

3. Arquivar os processos originais para fins de controle, avaliação e auditoria;

4. Elaborar conjuntamente com SAF e Área Técnica de Saúde da Criança/COAPRE/SAS/SESMT a grade de necessidade anual do medicamento para o Estado;

5. Assessorar tecnicamente os Polos de Aplicação;

6. Realizar a aplicação ambulatorial no polo do CRIE às crianças residentes em municípios/regiões de saúde que não possuem a infraestrutura mínima para a implantação de Polos de Aplicação.

7. Controlar em listagem crianças e resultados dos pareceres considerando o Polo de Aplicação;

5. Compete a Superintendência de Vigilância em Saúde e Gerência de Imunização/Central Estadual de Rede de Frio/SES:

1. Garantir os insumos/materiais médico-hospitalares necessários para a aplicação do medicamento no Polo de Aplicação – CRIE-MT;

6. Compete aos Escritórios Regionais de Saúde de abrangência do Polo de Aplicação (Vigilância Epidemiológica, Atenção à Saúde, Assistência Farmacêutica):

1. Apoiar a incorporação do Palivizumabe na Região de Saúde;

2. Divulgar e discutir amplamente a estratégia junto aos municípios de abrangência;

3. Articular e pactuar em Colegiado Intergestor Regional (CIR) a implantação de Polo de Aplicação na Região de Saúde, com vistas a garantia do acesso mais próximo ao usuário;

4. Assessorar tecnicamente os municípios e Polo de Aplicação de abrangência para a incorporação da estratégia;

5. Oficializar ao CRIE-MT, o nome do Responsável Técnico do Polo de Aplicação Ambulatorial e intra-hospitalar, advindo da SMS;

6. Receber, conferir e enviar os processos, advindos das Secretarias Municipais de Saúde-SMS de abrangência, ao CRIE-MT;

7. Enviar as Secretarias Municipais de Saúde-SMS e aos Polos de Aplicação da área de abrangência, os Pareceres Técnicos emitidos pelo CRIE-MT;

8. Apoiar os Polos de Aplicação/ Secretaria Municipal de Saúde-SMS, quando necessário, a retirada/transporte do medicamento na Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF, mediante agendamento, conforme grade de distribuição previamente estabelecida, observando todos os cuidados para o seu armazenamento/acondicionamento adequados;

9. Monitorar, regularmente, via HORUS, a dispensação do medicamento no Polo de Aplicação de sua área de abrangência;

10. Informar a SMS, quando do conhecimento de criança faltosa, para a realização de busca ativa;

11. Enviar ao CRIE-MT, ao final da sazonalidade, os processos originais das crianças que concluírem o esquema para serem arquivados;

12. Arquivar cópia dos processos das crianças com esquema vigente para próxima sazonalidade;

13. Enviar as planilhas de Aplicação, o Formulário de Prescrição (original) ao CRIE-MT, ao término da sazonalidade, no prazo máximo de 15 dias úteis.

14. Realizar os cadastros das crianças, a serem atendidas em sua área de abrangência, no Sistema HORUS;

7 Compete a Superintendência de Assistência Farmacêutica

1. Coordenar juntamente com a Superintendência de Atenção à Saúde-SAS, Secretaria Adjunta de Gestão Hospitalar e Superintendência de Gestão Regional, o processo de implementação do Palivizumabe;

2. Armazenar, conservar e controlar o estoque do Palivizumabe, por meio do sistema HORUS;

[illegible]

