**ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO VIRUS SINCICIAL 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 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: | | | | | |