**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: |