



## ANEXO I

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul  
Formulário para Solicitação de Palivizumabe  
Prevenção do Vírus Sincicial Respiratório (VSR)



Identificação da unidade de saúde (solicitante)			
NOME DA UNIDADE:			
TELEFONE PARA CONTATO:			
Identificação do paciente			
NOME DO PACIENTE:			
ENDEREÇO:			
CEP:	MUNICÍPIO:	UF: RS	
Nº DNV (declaração de nascidos vivos):	DATA DE NASCIMENTO: __/__/__	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
NOME DA MÃE:			
TELEFONE: ( )			
Informações complementares			
IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO: _____ semanas (medida- Capurro ou Ballard)			
GESTAÇÃO: Única <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/>			
PESO DE NASCIMENTO: _____ g			
<input type="checkbox"/> Ambulatorial - DATA DA ALTA: __/__/__ <input type="checkbox"/> Intra-hospitalar – DATA PREVISTA DA ALTA: __/__/__			
Condições atuais do paciente			
PESO ATUAL: _____ g			
<input type="checkbox"/> MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO (IDADE GESTACIONAL ≤ A 28 SEMANAS;			
<input type="checkbox"/> MENOR DE DOIS ANOS, PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE, E DESTE GRUPO, TERAPEUTICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:			
Oxigênio	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Broncodilatador	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Diurético	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Corticóide inalatório	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA. Anexar comprovação.			
<input type="checkbox"/> MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA E HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE OU EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC). Anexar comprovação.			
Solicitação			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:			
CRM:	E-MAIL:		
TELEFONE PARA CONTATO: DDD ( )	CELULAR: DDD ( )		
Data: __/__/__			
_____ Assinatura e Carimbo			
Autorização (Local de aplicação)			
<input type="checkbox"/> Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação no _____ Nº de doses _____			
<input type="checkbox"/> Não autorizo a liberação do Palivizumabe			
<input type="checkbox"/> Por não atender a critério estabelecido (Nota Técnica/SES/Março de 2018)			
<input type="checkbox"/> Por falta de informações necessárias para análise da solicitação			
Data: __/__/__			
_____ Assinatura e Carimbo do Médico Autorizador			