



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		