



SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE

I - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome da criança: _____

Peso atual (g): _____ Altura: _____ Sexo: M () F ()

Data de Nascimento: ____/____/____ CNS: _____

Nome da mãe: _____

Endereço (Rua, nº): _____

Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____

Telefones para contato: 1ª Opção () _____ / 2ª Opção () _____

3ª Opção () _____ / 4ª Opção () _____

II - INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO E PERÍODO NEONATAL

Idade gestacional ao nascimento: _____ semanas / Peso ao nascimento: _____ gramas

Gestação: Única () Múltipla () Tipo de parto: Normal () Cesárea () Fórceps ()

Hospital de Nascimento: _____

Data da alta da Unidade Neonatal: _____

III - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DO USO (Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018)

A. Criança prematura menor de 29 semanas (28 semanas e 6 dias) de idade gestacional ao nascimento Obs: Este critério somente se aplica para crianças < 1 ano de idade (11 meses e 29 dias).	Sim ()	Não ()
B. Criança prematura E (+) doença pulmonar crônica da prematuridade em tratamento nos últimos seis meses E (+) menor de 2 anos de idade	Sim ()	Não ()
B1. Oxigênio domiciliar (últimos 6 meses): uso contínuo () uso intermitente () não usa ()		
B2. Uso de medicamentos (últimos 6 meses): corticóide inalatório contínuo () diurético () corticóide sistêmico () broncodilatador ()		
B3. Internação por problemas respiratórios (últimos 6 meses):	Sim ()	Não ()
B4. Esteve em UTI por problemas respiratórios (últimos 6 meses): Sim () Não ()	Sim ()	Não ()
C. Criança com cardiopatia congênita E (+) menor de 2 anos de idade Se sim, quais? _____	Sim ()	Não ()
C1. Cardiopatia com repercussão hemodinâmica:	Sim ()	Não ()
C2. Usa medicamentos para insuficiência cardíaca congestiva. Se sim, quais? _____	Sim ()	Não ()
C3. Apresenta hipertensão pulmonar moderada ou grave:	Sim ()	Não ()
C4. A cardiopatia congênita é cianótica:	Sim ()	Não ()
C5. Cirurgia já realizada:	Sim ()	Não ()
C6. Está em programação para cirurgia nos próximos meses:	Sim ()	Não ()
C7. Medicamento em uso após cirurgia cardíaca: Sim () Não () Se sim, quais? _____	Sim ()	Não ()



SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO

IV - PATOLOGIAS ASSOCIADAS

A criança possui patologias associadas?
Se sim, quais? _____

Sim ()

Não ()

V- OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

VI - USO DE PALIVIZUMABE NO ANO ANTERIOR

A criança já utilizou palivizumabe no ano anterior?

Sim ()

Não ()

VII- DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Nome do estabelecimento de saúde solicitante: _____
Número do CNES da unidade: _____

VII- DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome do médico: _____ Nº CRM: _____
Nº CNS do médico solicitante: _____ Especialidade: _____
E-mail (legível): _____
Telefones para contato: () _____ Data da solicitação: ___/___/_____
Assinatura e carimbo: _____

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

() **DEFERIDO**: Solicitação completamente preenchida, acompanhada de documentação comprobatória E em Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018.

() **INDEFERIDO**

() Solicitação fora dos critérios estabelecidos pela Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018;

() Documentação incompleta, sem condições de conclusão.

() Ausência de documentação comprobatória.

Documento ausente:

() Outros:

Data: ___/___/____

Responsável pela avaliação: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO

CRIE: _____

Número de doses: _____