



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Formulário Complementar de Solicitação de Palivizumabe

1- DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

1.1- Nome completo da criança: *		
1.5- Peso atual (em gramas): *		
1.6- Nome completo da mãe: *		1.7-Idade da mãe: *
1.8- Nome completo do pai: *		1.9-Idade do pai: *
1.12-Telefones para contato: *		
1.14- Renda familiar aproximada: *		
1.15- Residência: *	Urbana() Rural() Casa própria() Casa alugada() Casa cedida()	
1.16-Quantas pessoas residem na casa em que a criança vive? *		
1.17- Quem cuida da criança? *		

2- INFORMAÇÕES SOBRE O PRÉ NATAL, PARTO E PERÍODO NEONATAL

2.1- Gestação: *	Única() Múltipla()	
2.2- Realizou pré-natal? *	Sim() Não()	
2.3- Quantas consultas realizadas no pré natal? *		
2.4- Intercorrências durante o pré natal? *		
2.5-Histórico de dependência química? *	Sim() Não()	Se sim, qual (is) droga (s) e tempo de dependência.

3 - DE ALTA HOSPITALAR:***- ENVIAR RELATÓRIO MÉDICO E, SE HOUVE INTERNAÇÃO NO PERÍODO, ENVIAR RELATÓRIO.**

3.1- Criança com cardiopatia congênita E menor de 2 anos de idade: *	Sim() Não() Se sim, quais? *
--	--------------------------------

PARA PACIENTES PORTADORES DE CARDIOPATIAS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA - ENVIAR RELATÓRIO MÉDICO CONTENDO DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, O GRAU DE HP E MEDICAÇÕES EM USO, RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR APÓS CIRURGIA E LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA RECENTE, A: *

4- PATOLOGIAS ASSOCIADAS

4.1- Patologias associadas: *	Sim() Não() Se sim, quais? *
4.2- Usa medicamentos para insuficiência cardíaca congestiva: *	Sim() Não() Se sim, quais? *

5- DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

5.1- Nome completo *	8.2- CPF: *
----------------------	-------------