

## PALIVIZUMABE

### Uso de palivizumabe para prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório

Portaria SAS/MS nº 23, de 3 de outubro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Apresentação:** 100mg/mL solução injetável – frasco-ampola, dose única contendo 0,5mL ou 1,0mL de solução. Uso via intramuscular.

**Quantidade máxima mensal:**

1 dose (15 mg/kg)

Máximo de 5 doses, com intervalo de 30 dias entre as doses, dentro do período sazonal.

**Observações:**

Idade máxima – menores de 2 anos

Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

**Sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR) – março a julho**

**Período de recebimento dos documentos para solicitação do palivizumabe: 18/01/2021 a 31/07/2021.**

**Período de aplicação do palivizumabe: 01/02/2021 a 31/07/2021**

Mais informações: [Nota Técnica Conjunta nº 05/2015 – CGSAM/DAPES/SAS/MS, CGAFME/DAF/SCTIE/MS e CGDT/DEVIT/SVS/MS](#)

#### Documentos necessários para solicitação do medicamento

##### PARA PACIENTES NÃO HOSPITALIZADOS (USO AMBULATORIAL):

1. [Formulário de Solicitação de Palivizumabe](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: Em “I - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA”, o campo “**telefones para contato**” deve ser informado corretamente, para possibilitar o contato para agendamento da aplicação do medicamento e/ou informações sobre a análise da solicitação. Sugere-se que o paciente informe pelo menos dois números de telefone para contato.

PALIVIZUMABE – PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (Atualizado em 14/01/2021)

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Certidão de nascimento ou Declaração de Nascido Vivo (DNV);
  - Comprovante de residência com CEP, com data inferior a 90 dias;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia de relatório resumido de alta hospitalar da criança, fornecido pelo hospital.

### **Para pacientes portadores de prematuridade E com doenças pulmonares relacionadas à prematuridade:**

- Relatório médico com data inferior a 180 dias, elaborado pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente;
- Cópia de relatório de alta hospitalar do paciente, após internação por problemas respiratórios nos últimos 6 meses (se internação).

#### A critério do médico prescritor:

- Cópia do laudo da tomografia de tórax.

### **Para pacientes portadores de cardiopatia:**

#### Para pacientes não submetidos à cirurgia cardíaca:

- Relatório médico com data inferior a 180 dias, elaborado pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo a descrição do quadro clínico, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso;
- Cópia do laudo do ecocardiograma mais recente.

#### Para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca:

- Relatório médico com data inferior a 180 dias, elaborado pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo a descrição do quadro clínico, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso;
- Cópia de relatório de alta hospitalar do paciente, após a cirurgia;
- Cópia do laudo do ecocardiograma mais recente, realizado após a cirurgia.

Atenção: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Para pacientes HOSPITALIZADOS ([veja aqui](#) lista de hospitais credenciados):

1. [Relatório de solicitação de Palivizumabe](#) devidamente preenchido pela unidade hospitalar solicitante onde a criança estiver internada.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos.

Após entrega dos documentos, aguardar resultado da avaliação:

- Se aprovado = você receberá contato do serviço de referência agendando o dia da aplicação da vacina em até 30 dias;
- Se negado = você receberá contato da Farmácia de Medicamentos Especializados da SES/SP em até 15 dias.