

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO:

CNES: Convênio () SIM Qual? () NÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO

NOME DO PACIENTE:

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

Idade Atual:

ENDEREÇO:

CEP:

BAIRRO:

UF:

NOME DA MÃE:

IDADE DA MÃE:

TELEFONE: DDD ()

CELULAR: DDD ()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO:

GESTAÇÃO: () ÚNICA () MÚLTIPLA

PESO DE NASCIMENTO: kg

ESTATURA DE NASCIMENTO: cm

TIPO DE PARTO: () NORMAL () CESÁREA () FÓRCEPS

PACIENTE AMBULATORIAL:

PACIENTE INTERNADO:

PACIENTE INTERNADO DEVERÁ OBDECER AS INDICAÇÕES DESCRITA NA PORTARIA

INDICAÇÕES DO PALIVIZUMABE

() MENOR DE DOIS ANOS DE IDADE PORTADOR DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE) Critério MS

TERAPÊUTICA CONTINUA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

Oxigênio () SIM () NÃO Diurético () SIM () NÃO Corticóide Inalatório () SIM () NÃO

Autorização do Pediatra com Habilitação Pneumologista Pediátrica conforme lista da SES

() CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE COM CARDIOPATIA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E/OU HIPERTENSÃO PULMONAR SIGNIFICATIVOS. Critério MS

Autorização de Pediatra com Habilitação Cardiologia Pediátrica conforme lista da SES

() MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO COM IDADE GESTACIONAL ATÉ 28 SEMANAS E SEIS DIAS.

Critério MS

Autorização no local de referência de aplicação

() MENOR DE SEIS MESES DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO COM IDADE GESTACIONAL DE 29 SEMANAS ATÉ 31 SEMANAS E SEIS DIAS. Critério SES

Autorização no local de referência de aplicação

Dados do Médico Solicitante

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

CRM:

CPF:

E-MAIL:

TELEFONE: DDD ()

CELULAR: DDD ()

Data:

AUTORIZAÇÃO (PARA USO DA SES - DF)

() Autorizo a liberação do palivizumabe para aplicação

**** Autorização para paciente internado na Rede SESDF será diretamente na farmácia hospitalar obdecendo as indicações da portaria.

**** Autorização para paciente internado fora da Rede SESDF será realizada pela Assessoria de Redes de Atenção à Saúde

() Não autorizo a liberação do palivizumabe

() Por não atender a critério estabelecido (Portaria do Palivizumabe - SES/DF) () Por falta de informações necessárias para análise da solicitação

Data:

Assinatura e Carimbo do Autorizador

