

Formulário de solicitação do Palivizumabe

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO:	
CNES:	Convênio () SIM Qual? () NÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO SUS:	
NOME DO PACIENTE:	Data de Nascimento:
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:	semanas e dias
GESTAÇÃO:	ÚNICA MÚLTIPLA
PESO DE NASCIMENTO: kg	ESTATURA DE NASCIMENTO: cm
TIPO DE PARTO:	() NORMAL () CESÁREA () FÓRCEPS
LOCAL:	DOMÍLIO: INTERNAÇÃO:
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 Pneumologista no Hospital da Criança de Brasília "José Alencar"

() 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 do Cardiologista Pediátrico no Hospital da Criança de Brasília José Alencar ou no ICDF

() MENOR DE UM ANO DE IDADE (Até 11 meses e 29 dias), QUE NASCEU PREMATURO COM IDADE GESTACIONAL ATÉ 28 SEMANAS E SEIS DIAS. Critério MS

Ficha preenchida pelo médico assistente. Autorização CRIE de referência

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

Ficha pelo médico assistente. Autorização CRIE de referência

Dados do Médico Solicitante

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
CRM:	CPF:	E-MAIL:
TELEFONE: DDD ()	CELULAR: DDD ()	

Data: _____

Assinatura e Carimbo

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	