

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE –  
2024



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Nome do Estabelecimento:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente:

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade Atual:

Sexo: ( ) M ( ) F

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Peso Atual: \_\_\_\_\_ g

Possui Plano de Saúde: ( ) Não ( ) Sim Se sim, qual o plano de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe:

Endereço:

CEP:

Município:

UF:

Telefone: ( )

Celular: ( )

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Idade Gestacional por ocasião do nascimento: \_\_\_\_\_ semanas

Peso de Nascimento: \_\_\_\_\_ g

Estatura de Nascimento: \_\_\_\_\_ cm

Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps

Atualmente, criança Internada ( ) Sim ( ) Não Se não, data da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tempo de Oxigenoterapia: \_\_\_\_\_ dias

Recebeu Dose intra-hospitalar de Palivizumabe?

( ) Sim ( ) Não

Número de dose(s): \_\_\_\_\_ Data da última dose: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

JUSTIFICATIVA PARA O USO

a) ( ) Crianças prematuras nascidas com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas e 6 dias e com idade inferior a 1 ano (até 11m e 29 dias)

b) ( ) Crianças prematuras nascidas com idade gestacional entre 29 e 31 semanas e 6 dias, **nascidas a partir de janeiro do ano vigente da aplicação do medicamento**

c) ( ) Crianças portadoras de Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade, até o segundo ano de vida, com necessidade de tratamento durante os últimos 06 (seis) meses:

Oxigênio: ( ) Sim ( ) Não Data do término do uso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicamento em uso nos últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

d) ( ) Crianças portadoras de Cardiopatia Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada (anexar comprovação), até o segundo ano de vida.

Tipo de Cardiopatia Congênita:

Medicamentos em uso nos últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

Médico Solicitante:

CRM:

CNS:

Telefone: ( )

Celular: ( )

Email:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo: