

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: