



## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE

I - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA	
Nome da criança: _____	Peso atual (g): _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: M ( ) F ( )      CNS: _____
Nome da mãe: _____	
Endereço (Rua, nº, Bairro e CEP): _____	
Município: _____	GVE: _____
Telefones para contato (fixo, celular, recado): _____	
Serviço solicitante: _____	
II - INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO E PERÍODO NEONATAL	
Idade gestacional ao nascimento (em semanas): _____	Peso ao nascimento (em gramas): _____
Gestação: Única ( )    Múltipla ( )	Tipo de parto: Normal ( )    Cesárea ( )    Fórceps ( )
Hospital de Nascimento: _____	
Data da alta da Unidade Neonatal: _____	
III - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DO USO (Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018)	
<b>Sim ( ) Não ( ) A. Criança prematura menor de 29 semanas* de idade gestacional ao nascimento</b> *28 semanas e 6 dias; este critério somente se aplica para crianças < 1 ano de idade (11 meses e 29 dias).	
<b>Sim ( ) Não ( ) B. Criança prematura E com doença pulmonar crônica da prematuridade em tratamento nos últimos seis meses E menor de 2 anos de idade</b>	
B1. Uso de oxigênio domiciliar nos últimos 6 meses: uso contínuo ( ) uso intermitente ( ) não usa ( )	
B2. Uso de medicamentos nos últimos seis meses: corticóide inalatório contínuo ( ) diurético ( ) corticóide sistêmico ( ) broncodilatador ( )	
B3. Internação por problemas respiratórios nos últimos seis meses: Sim ( ) Não ( )	
B4. Esteve em UTI por problemas respiratórios nos últimos seis meses: Sim ( ) Não ( )	
<b>Sim ( ) Não ( ) C. Criança com cardiopatia congênita E menor de 2 anos de idade:</b> Se sim, quais? _____	
C1. Cardiopatia com repercussão hemodinâmica: Sim ( ) Não ( )	
C2. Usa medicamentos para insuficiência cardíaca congestiva. Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais? _____	
C3. Apresenta hipertensão pulmonar moderada ou grave: Sim ( ) Não ( )	
C4. A cardiopatia congênita é cianótica: Sim ( ) Não ( )	
C5. Cirurgia já realizada: Sim ( ) Não ( )	
C6. Está em programação para cirurgia nos próximos meses: Sim ( ) Não ( )	
C7. Medicamento em uso após cirurgia cardíaca: Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais? _____	
IV - PATOLOGIAS ASSOCIADAS	
Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais? _____	
V - OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	
VI - USO DE PALIVIZUMABE NO ANO ANTERIOR	
Sim ( ) Não ( )	
VII - DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE	
Nome do médico: _____	Número de inscrição no CREMESP: _____
Nº CPF: _____	Especialidade: _____
E-mail (legível): _____	Telefones para contato: _____
Data da solicitação: _____	Assinatura: _____
VIII - RESULTADO DA AVALIAÇÃO	
( ) 1 - Solicitação completamente preenchida, <b>acompanhada de documentação comprobatória E em Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018</b>	
( ) 2 - Solicitação sem conformidade com a Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018	
( ) 3 - Solicitação incompletamente preenchida. Sem condições de conclusão.	
( ) 4 - Ausência de documentação comprobatória.	
( ) 5 - Outros (especificar): _____	
IX - INFORMAÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO	
CRIE: _____	Número de doses: _____
X - DATA DA AVALIAÇÃO	



## ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE

### ORIENTAÇÕES GERAIS AO MÉDICO PRESCRITOR DE PALIVIZUMABE

- As informações contidas no Formulário de Solicitação do Palivizumabe são fundamentais para a análise e conclusão do atendimento à solicitação do medicamento.
- A leitura atenta da orientação sobre cada item é condição necessária para uma resposta adequada.
- Todos os itens precisam estar respondidos.

**IMPORTANTE:** Somente podem ser atendidas as solicitações para crianças menores de 2 anos de idade **E** que preencham os critérios da Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018 **E** durante o período de sazonalidade do vírus sincicial respiratório, definido pela mesma portaria.

### I - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

- Nome, data de nascimento e sexo da criança e nome da mãe – conforme as informações constantes da Certidão de Nascimento da Criança. Caso a criança não possua Certidão de Nascimento, retirar as informações dos registros constantes da Declaração de Nascido Vivo (DNV).
- Peso atual (g) – informar o peso da criança, em gramas, na data de preenchimento do Formulário de Solicitação de Palivizumabe.
- CNS – informar o número do Cartão Nacional de Saúde
- Endereço – preencher completamente todos os dados do endereço atual. Não se esquecer de informar o município onde a criança reside <sup>(1)</sup>.
- Telefones: informar números de telefone fixo, celular e para recados <sup>(1)</sup>.
- Serviço solicitante: informar o nome do hospital, Unidade Básica de Saúde – UBS, Ambulatório Médico de Especialidades – AME, Consultório Médico ou outro serviço de saúde em que o paciente é atendido <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> As informações de endereço e telefone são fundamentais para a localização da criança para agendamento da aplicação do medicamento, para referência ao serviço onde o medicamento será aplicado, e para outros contatos que possam ser necessários.

<sup>(2)</sup> Esta informação é fundamental para busca ativa da criança que não comparece ao agendamento.

### II - INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO E PERÍODO NEONATAL

- Idade gestacional ao nascimento (em semanas), peso ao nascimento (em gramas), gestação (única ou múltipla), tipo de parto (normal, cesárea ou fórceps), hospital de nascimento e data de alta da unidade neonatal\* – conforme Relatório de Alta Hospitalar do Recém-Nascido fornecido pelo hospital.

\*Informar a data em que a criança teve alta da unidade neonatal para casa.

### III - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DO USO (Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018)

- **A** – informar se a criança é prematura com idade gestacional menor que 29 semanas (28 semanas e 6 dias).
- **B** – informar se criança prematura **E** com doença pulmonar crônica da prematuridade <sup>(3)</sup>.
- **C.** informar se criança com cardiopatia congênita.

<sup>(3)</sup> Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade é definida, para fins de cumprimento da Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018, pela dependência de oxigênio em prematuros **a partir de 28 dias de vida, acompanhada de alterações radiológicas típicas**, ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida no prematuro extremo.

### IV - PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Informar outras patologias ou situações clínicas apresentadas pela criança, que precisam de tratamento contínuo e que podem agravar a doença pulmonar ou cardíaca.

### V – OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

Informar outras informações que julgar relevantes.

### VI - USO DE PALIVIZUMABE NO ANO ANTERIOR

Informar se a criança recebeu palivizumabe no ano anterior.

### VII - DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Preencher de forma legível todos os dados.

**É fundamental informar a data de preenchimento do Formulário de Solicitação de Palivizumabe.**

### VIII - RESULTADO DA AVALIAÇÃO

### IX – INFORMAÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO

### XI – DATA DA AVALIAÇÃO

Informações preenchidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**