



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Planejamento em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica



FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE

Identificação de Estabelecimento de Saúde Solicitante

NOME DO ESTABELECIMENTO:

CNES:

NOME DO PACIENTE:

ENDEREÇO:

CEP:

MUNICÍPIO:

UF:

CNS:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: () M () F

NOME DA MÃE:

TELEFONE: DDD ()

CELULAR: DDD ()

Informações Complementares

IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO: _____ semanas

GESTAÇÃO: () Única () Múltipla

TIPO DE PARTO: () Normal () Cesárea () Fórceps

PESO DE NASCIMENTO: _____ g

ESTATURA DE NASCIMENTO (ALTURA): _____ cm

APGAR 1:

APGAR 5:

Criança internada: () Sim () Não

DATA DA ALTA:

PESO ATUAL:

CID10: _____

MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO COM IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 28 SEMANAS: SIM () NÃO ()

MENOR DE DOIS ANOS, PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE: SIM () NÃO () Possui radiografia pulmonar ou relato de ventilação mecânica/ O2 (dias)? _____

TERAPÊUTICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

Oxigênio: SIM () NÃO ()

Broncodilatador: SIM () NÃO ()

Diurético: SIM () NÃO ()

Corticóide inalatório: SIM () NÃO ()

MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA: SIM () NÃO ()

MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA E HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE OU EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC): SIM () NÃO ()

Recebeu alguma dose de palivizumabe intra-hospitalar? () Não () Sim

Número de doses: _____

Data da última dose: ____/____/____

Dados do Solicitante

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

CRM:

E-MAIL:

CNS:

CPF:

TELEFONE: DDD ()

CELULAR: DDD ()

Data:

Assinatura e Carimbo