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 DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Nome do estabelecimento:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Endereço:

CEP:	Município:	UF:
CNS:	Data de nascimento:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Telefone: (__ __) __ __ __ __ __ - __ __ __ __ Celular: (__ __) __ __ __ __ __ - __ __ __ __

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:** _____ g	CID10: _____

JUSTIFICATIVA PARA O USO DO PALIVIZUMABE

Critério 1: Criança prematura nascida com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias): ( ) Sim ( ) Não

Critério 2: Criança com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias), portadora de doença pulmonar crônica da prematuridade? ( ) Sim ( ) Não

- Possui radiografia pulmonar ou relato de ventilação mecânica? ( ) Sim ( ) Não
- Utilizou oxigênio nos últimos 6 meses? ( ) Sim ( ) Não Se sim, por quantos dias? _____
- Terapêutica(s) utilizada(s) nos últimos 6 meses:

Diurético ( ) Sim ( ) Não / **Broncodilatador** ( ) Sim ( ) Não / **Corticoide inalatório** ( ) Sim ( ) Não

Critério 3: Criança com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com cardiopatia congênita cianótica? ( ) Sim ( ) Não

Critério 4: Criança com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com cardiopatia, hipertensão pulmonar grave ou em tratamento para Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)? ( ) Sim ( ) Não

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

Número de doses:_____ Data da última dose: _____/_____/_____

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

Nome:

CRM:	E-mail:
CNS:	CPF:
Telefone: (__ __) __ __ __ __ __ - __ __ __ __ __ __	Celular: (__ __) __ __ __ __ __ - __ __ __ __
Data:	Assinatura e carimbo