

Identificação do Estabelecimento de Saúde (solicitante)					
ESTABELECIMENTO:			CNES		
Identificação do Paciente					
NOME DO PACIENTE:					
ENDEREÇO:					
CEP:		MUNICÍPIO:			UF: MS
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 ☐					
PESO DE NASCIMENTO: g			ESTATURA DE NASCIMENTO: cm		
TIPO DE PARTO: Normal ☐ Cesárea ☐ Fórceps ☐					
APGAR 1' :		APGAR 5' :		CRIANÇA INTERNADA? () SIM () NÃO - DATA DA ALTA: ____/____/____	
ANEXAR RELATÓRIO DE ALTA					
Condições Atuais do Paciente					
PESO ATUAL: g			ESTATURA ATUAL: cm		
MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO (IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 28 SEMANAS), APÓS ALTA HOSPITALAR: SIM ☐ NÃO ☐ MENOR DE DOIS ANOS, PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE (DPCP): SIM ☐ NÃO ☐ TERAPÊUTICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES: Oxigênio SIM ☐ NÃO ☐ Broncodilatador SIM ☐ NÃO ☐ Diurético SIM ☐ NÃO ☐ Corticoide inalatório SIM ☐ NÃO ☐ MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA (CCC): SIM ☐ NÃO ☐ MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA E HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE (HPG) OU EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC): SIM ☐ NÃO ☐ RECEBEU ALGUMA DOSE DE PALIVIZUMABE? () NÃO () SIM NÚMERO DE DOSES: ____ Data da última dose: ____ OBS: Anexar cópia: certidão de nascimento e CNS do paciente, CPF e RG do responsável, comprovante de residência e relatório médico com justificativa da indicação e exames comprobatórios de patologias (DPCP, CCC, HPG, ICC). Apresentar receita médica original e cartão da criança.					
Solicitação					
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:					
CRM:		CPF:		E-MAIL:	
TELEFONE: DDD ()				CELULAR: DDD ()	
Data: _____ Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante					
PARA CONTROLE DO PÓLO DE APLICAÇÃO					
☐ Liberado o Palivizumabe para aplicação. ☐ Não liberado o Palivizumabe: ☐ Por não atender a critério estabelecido no PCDT ☐ Por falta de informações necessárias para análise da solicitação					
Data: _____		_____ Assinatura e Carimbo do RT do Polo de Aplicação			