

## ANEXO II

GOVERNO DO  
Rio de  
JaneiroSECRETARIA DE  
SAÚDELAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO  
DE MEDICAMENTO PARA PROFILAXIA CONTRA O VSR –  
PALIVIZUMABE 2016

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2. CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DO RESPONSÁVEL

3. NOME DO PACIENTE

4. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO PACIENTE

5. DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE

6. SEXO DO PACIENTE

7. NOME DA MÃE

8. NOME DO RESPONSÁVEL (SE NÃO FOR A MÃE)

9. CPF DO RESPONSÁVEL

10. IDENTIDADE DO RESPONSÁVEL

11. ENDEREÇO (RUA, Nº E BAIRRO)

12. DDD / CELULAR DE CONTATO

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14. UF

15. CEP

## INFORMAÇÕES MÉDICAS

A 16. IDADE ATUAL (EM MESES)

17. TIPO DE PARTO:

B 18. PARTO REALIZADO EM QUAL IDADE GESTACIONAL? (SEMANA DA GESTAÇÃO)

19. DATA DA ALTA:

C 20. PESO ATUAL (KG)

21. ALTURA ATUAL (M)

D 22. NOME DO ESTABELECIMENTO ONDE FEZ O PRÉ NATAL

23. NOME DO ESTABELECIMENTO ONDE NASCEU

## JUSTIFICATIVA PARA O USO:

1. ( ) Criança prematura nascida com idade gestacional  $\leq$  28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias)

2. ( ) Menor de dois anos de idade com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica importante que possua:

 Insuficiência cardíaca     Hipertensão pulmonar moderada ou severa     Cardiopatia congênita cianótica     Cardiopatia acianótica

3. ( ) Menor de dois anos de idade portador de doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar), com necessidade de uso, nos seis meses anteriores ao período de sazonalidade, de uma ou mais das seguintes terapêuticas:

 Oxigênio     Broncodilatador     Diurético     Corticoide inalatório

## ORIENTAÇÕES:

A. Marcar pelo menos UM dos itens (de 1 a 3):

B. Caso sejam marcados os itens 2 ou 3, marcar pelo menos um dos subitens correspondentes;

C. Caso sejam marcados os itens 2 ou 3, será necessário apresentar também :Laudo Médico, emitido há menos de 60 dias, detalhando, conforme o caso:

Se cardiopatia congênita: informar a repercussão hemodinâmica apresentada;

Se Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade: descrever os sintomas da displasia broncopulmonar informada de modo a justificar a utilização de terapêutica nos últimos seis meses (Oxigênio; Broncodilatador; Diurético ou Broncodilatador).

## SOLICITAÇÃO

24. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

25. DATA DA SOLICITAÇÃO

26. ASSINATURA E CARIMBO (CRM)

27. CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

\_ / \_ / \_

28. CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

EU, MÉDICO ASSISTENTE DA CRIANÇA ACIMA DISCRIMINADA, DECLARO TER DADO CIÊNCIA AO(S) SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) DOS BENEFÍCIOS E LIMITES DO TRATAMENTO, RISCOS ENVOLVIDOS, BEM COMO DE OUTRAS MEDIDAS PROFILÁTICAS NECESSÁRIAS À PREVENÇÃO DE INFECÇÕES PELO VIRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO.

## AUTORIZAÇÃO

CAMPO DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SES/RJ

 Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação na Unidade Responsável Não autorizo a liberação do Palivizumabe Por não atender a critério estabelecido pela SES/RJ Por falta de informações necessárias para análise da solicitação

DATA DA AUTORIZAÇÃO:

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

## APLICAÇÃO/DISPENSAÇÃO FARMACÊUTICA

MÊS	29. DATA	30. FUNC.	31. ATENDIMENTO	32. ASSINATURA DA MÃE OU PAI (MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE RG – DOCUMENTO ORIGINAL)
FEVEREIRO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
MARÇO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
ABRIL	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
MAIO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
JUNHO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
JULHO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	

OBS: Para todas as crianças com Processo APROVADO, está autorizado de 01 até 05 doses sendo o máximo de CINCO (05) doses ao ANO.