

 Formulário de solicitação do Palivizumabe		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)		
NOME DO ESTABELECIMENTO:		
CNES:		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE:		
DATA DO NASCIMENTO:	IDADE ATUAL:	
NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:		
ENDEREÇO:		
CEP:	BAIRRO :	
UF:		
NOME DA MÃE:		
TELEFONE: DDD ()	CELULAR: DDD ()	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO:	semanas e	dias
GESTAÇÃO: () ÚNICA () MÚLTIPLA		
PESO DE NASCIMENTO:	gramas	
INDICAÇÕES DO PALIVIZUMABE		
() MENOR DE DOIS ANOS DE IDADE PORTADOR DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE) <u>Critério MS</u>		
TERAPÊUTICA CONTINUA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:		
Oxigênio () SIM () NÃO	Diurético () SIM () NÃO	Corticóide Inalatório () SIM () NÃO
Autorização do Pediatra com Habilitação Pneumologista Pediátrica conforme lista da SES		
() CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE COM CARDIOPATIA CONGÊNITA OU		
ADQUIRIDA EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E/OU HIPERTENSÃO PULMONAR SIGNIFICATIVOS. <u>Critério MS</u>		
Autorização de Pediatra com Habilitação Cardiologia Pediátrica conforme lista da SES		
() MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO COM IDADE GESTACIONAL ATÉ 28 SEMANAS E SEIS DIAS. <u>Critério MS</u>		
Autorização no local de referência de aplicação		
() MENOR DE SEIS MESES DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO COM IDADE GESTACIONAL DE 29 SEMANAS ATÉ 31 SEMANAS E SEIS DIAS. <u>Critério SES</u>		
Autorização no local de referência de aplicação		
Dados do Médico Solicitante		
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
CRM:	CPF:	E-MAIL:
TELEFONE: DDD ()	CELULAR: DDD ()	
Data: _____		
Assinatura e Carimbo		
AUTORIZAÇÃO (PARA USO DA SES - DF)		
() Autorizo a liberação do palivizumabe para aplicação		
***** Autorização para paciente internado na Rede SESDF será diretamente na farmácia hospitalar obedecendo as indicações da portaria.		
***** Autorização para paciente internado fora da Rede SESDF será realizada pela Assessoria de Redes de Atenção à Saúde		
() Não autorizo a liberação do palivizumabe		
() Por não atender a critério estabelecido (Portaria do Palivizumabe - SES/DF)		
() Por falta de informações necessárias para análise da solicitação		
Data: _____		
Assinatura e Carimbo do Autorizador		