

Documentação necessária para abertura de processos de medicamentos do Componente Especializado – PALIVIZUMABE (AMBULATORIAL)

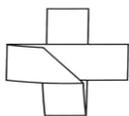
- cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento cópia do CPF (facultativo).
- cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde).
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.

Exames necessários para abertura de processo para Palivizumabe - ambulatorial

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)
VIRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO Palivizumabe	<p><u>Para crianças com até 1 ano de idade no início da sazonalidade:</u> -Formulário de solicitação de palivizumabe; -Receita médica atualizada; -Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas em unidade de cuidado neonatal); -<u>Para pacientes cardiopatas:</u> relatório médico com descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso (Anexo I).</p> <p><u>Para crianças no segundo ano de vida no início da sazonalidade:</u> -Formulário de solicitação de palivizumabe; -Receita médica atualizada; -Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas); -<u>Para pacientes cardiopatas:</u> relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que a cardiopatia congênita continua com repercussão clínica e com necessidade de uso de medicamentos específicos (Anexo II). -<u>Para pacientes com doença pulmonar crônica:</u> relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que o paciente necessitou de suporte com uso de corticoide, diurético ou suplemento de oxigênio durante os últimos seis meses antes do início da segunda sazonalidade (Anexo III).</p>	--

NOTA:

- O preenchimento completo do Formulário de solicitação é imprescindível à abertura e continuidade do processo;
- O Termo de Esclarecimento de Palivizumabe deve ser **preenchido e assinado (pelo responsável pelo paciente e pelo servidor da farmácia)** em **02 (duas) vias** no ato **da abertura do processo**, sendo que uma via deve ficar com o paciente, e outra anexada ao processo.



SUS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



TERMO DE ESCLARECIMENTO
Palivizumabe

Nome Completo do (a) Paciente:

Nome Completo do Responsável pelo (a) Paciente:

Declaro ter sido claramente orientado (a) quanto à importância do comparecimento no **dia, horário e local da aplicação do medicamento Palivizumabe**, conforme previamente agendado por telefone pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA), no caso de **deferimento** da referida medicação.

Declaro também estar ciente de que o **não comparecimento no dia agendado é de minha responsabilidade**, e implicará na perda da aplicação referente ao mês em curso, não podendo ser remanejado para outra data, a menos que seja antecipadamente autorizado pela SESA. Em caso de falta em duas aplicações consecutivas, sem justificativa prévia junto à SESA, estou ciente que perderei a vaga para aplicação do palivizumabe.

Declaro, também, que os telefones de contato para agendamento da aplicação são:

Telefone 1: ()- _____ (nome do contato: _____);

Telefone 2: ()- _____ (nome do contato: _____);

Telefone 3: ()- _____ (nome do contato: _____).

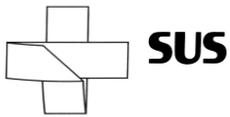
Estou esclarecido que a SESA não possui responsabilidade por não conseguir agendar a aplicação em caso de telefone errado ou troca de telefone. No caso de mudança do meu telefone, estou avisado que devo comunicar o novo contato à SESA, por meio do número: **(27) 3636-8417**.

Para a realização da aplicação, devo sempre comparecer com pontualidade portando certidão de nascimento e cartão de vacinação do (a) paciente.

_____/ES, ____/____/20____.

Assinatura do representante legal

Assinatura e Carimbo do Servidor



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2. CNES
---	---------

PACIENTE

3. NOME DO PACIENTE	4. CPF DO RESPONSÁVEL	5. RAÇA / COR
6. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7. DATA DE NASCIMENTO	8. SEXO
9. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10. DDD / TELEFONE DE CONTATO	
11. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
12. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	13. UF	14. CEP

INFORMAÇÕES MÉDICAS

15. IDADE ATUAL (EM MESES)	
16. IDADE GESTACIONAL NA DATA DA REALIZAÇÃO DO PARTO (SEMANA DA GESTAÇÃO)	17. PESO ATUAL (KG)

INFORMAÇÕES DA CONDIÇÃO DE USO (CONFORME PORTARIA SAS/MS Nº 522, DE 13/05/2013)

- () Crianças com menos de 1 ano que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas; OU
() Crianças com até 2 anos de idade com doença pulmonar crônica; OU
() Crianças com até 2 anos de idade com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica.

SOLICITAÇÃO

19. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	22. ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)
20. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	21. DATA DA SOLICITAÇÃO
OBS.: CASO O CARIMBO NÃO TENHA O CRM, INSERIR MANUALMENTE.	

23. ORIGEM DA SOLICITAÇÃO:

() Hospital (unidade de cuidados neonatais)
() Ambulatorial (farmácia cidadã)

DOSES AUTORIZADAS (PARA PREENCHIMENTO DA GEAF)

24. NÚMERO DE DOSES AUTORIZADAS:

() Uma () Duas () Três () Quatro () Cinco

Obs.: as doses devem ser aplicadas uma por mês, dentro do período de sazonalidade (março a julho), em unidade de cuidado neonatal ou em pólos de aplicação, ambos credenciados junto à GEAF. Para a liberação da segunda dose em diante deverá ser apresentada a receita médica atualizada com o peso da criança, em caso de aplicação em unidade de cuidado neonatal. Para aplicações em Pólos, as mesmas serão realizadas em datas específicas informadas ao usuário (responsável) pela GEAF, de acordo com os contatos informados no termo de esclarecimento - Palivizumabe.



ANEXO I

RELATÓRIO MÉDICO

Cardiopatias congênitas (primeiro ano de vida)

(nome do paciente) _____ é portador de cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica, conforme a(s) situação(ões) abaixo:

- Cardiopatia acianótica, com indicação de cirurgia, em uso de medicamentos para controlar insuficiência cardíaca congestiva;
- Cardiopatia congênita com hipertensão pulmonar moderada a severa;
- Cardiopatia cianótica;
- Criança com lesão cardíaca corrigida por cirurgia e que continua precisando de medicamentos para insuficiência cardíaca;
- Outra situação*: _____.

O paciente está em uso do(s) seguinte(s) medicamento(s) para controle da repercussão hemodinâmica (**informar nome genérico, concentração e posologia**):

_____/ES, ____/____/20____.

Assinatura e carimbo do médico

***Apresentar documentos, nesta situação, que comprovem a cardiopatia com repercussão hemodinâmica.**



ANEXO II

RELATÓRIO MÉDICO

Cardiopatía congênita (**segundo ano de vida**)

(nome do paciente) _____ é

portador de cardiopatía congênita e permanece com repercussão clínica da doença no segundo ano de vida, estando em uso do(s) seguinte(s) medicamento(s) para controle (**informar nome genérico, concentração e posologia**):

_____/ES, ____/____/20____.

Assinatura e carimbo do médico



ANEXO III

RELATÓRIO MÉDICO

Doença pulmonar crônica (**segundo ano de vida**)

(nome do paciente) _____

preencheu os critérios de doença pulmonar crônica no primeiro ano de vida (displasia broncopulmonar). Encontra-se no segundo ano de vida e continua em uso (ou fez uso nos últimos seis meses antes do início da segunda sazonalidade – entre 01/09/2016 e 28/02/2017) de um ou mais dos seguintes tratamentos de suporte (**informar nome genérico, concentração e posologia**):

() corticóide sistêmico: _____;

() Diurético: _____;

() suplemento de oxigênio: _____.

_____/ES, ____/____/20____.

Assinatura e carimbo do médico

OBS.: não está recomendado o uso de profilaxia com palivizumabe para crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade que não necessitaram de tratamento de suporte no segundo ano de vida.