



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**ANEXO II**  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE			
<b>ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			
1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2. CNES	
<b>PACIENTE</b>			
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
<b>INFORMAÇÕES MÉDICAS</b>			
15. IDADE ATUAL (EM MESES)			
16. IDADE GESTACIONAL NA DATA DA REALIZAÇÃO DO PARTO (SEMANA DA GESTAÇÃO)		17. PESO ATUAL (KG)	
<b>INFORMAÇÕES DA CONDIÇÃO DE USO (CONFORME PORTARIA SAS/MS Nº 522, DE 13/05/2013)</b>			
<input type="checkbox"/> Crianças com menos de 1 ano que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas; <u>OU</u> <input type="checkbox"/> Crianças com até 2 anos de idade com doença pulmonar crônica; displasia broncopulmonar <u>OU</u> <input type="checkbox"/> Crianças com até 2 anos de idade com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica.			
<b>SOLICITAÇÃO</b>			
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: <input type="checkbox"/> Hospital (unidade de cuidados neonatais) <input type="checkbox"/> Ambulatorial (farmácia cidadã)			
<b>DOSES AUTORIZADAS (PARA PREENCHIMENTO DA GEAF)</b>			
24. NÚMERO DE DOSES AUTORIZADAS:  <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/> 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.			