



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO II
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE

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)	
<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.	
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:	
<input type="checkbox"/> Hospital (unidade de cuidados neonatais)	
<input type="checkbox"/> Ambulatorial (farmácia cidadã)	
DOSES AUTORIZADAS (PARA PREENCHIMENTO DA GEAF)	
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.	