|  |
| --- |
| SERVICOS EM SAÚDE |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)** |
|  **ESTABELECIMENTO:** |  **CNES:** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE** |
|  **NOME DO PACIENTE**:  |
|  **ENDEREÇO:**  |
|  **CEP:**  |  **MUNICÍPIO:**  |  **UF: MS** |
|  **CNS:** |  **DATA DE NASCIMENTO:** |  **SEXO: M [ ]  F [ ]**  |
|  **NOME DA MÃE:**  |
|  **TELEFONE: DDD ( )** |  **CELULAR: DDD ( )** |
| **OBSERVAÇÕES: ANEXAR CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CNS DO PACIENTE, CPF E RG DO RESPONSÁVEL E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA. APRESENTAR RECEITA MÉDICA ORIGINAL E CARTÃO DA CRIANÇA**. |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** |
|  **IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO:** semanas |
|  **GESTAÇÃO:**  Única [ ]  Múltipla [ ]  |
|  **PESO DE NASCIMENTO**: gramas |  **ESTATURA DE NASCIMENTO:**  centímetros |
|  **TIPO DE PARTO: Normal** **[ ]  Cesárea** **[ ]  Fórceps** **[ ]**  |
|  **APGAR 1’:**  |  **APGAR 5’:**  |  CRIANÇA INTERNADA? ( ) SIM ( ) NÃO  DATA DA ALTA: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |
| **CONDIÇÕES ATUAIS DO PACIENTE** |
|   **PESO ATUAL**: gramas  |   **ESTATURA ATUAL:**  centímetros |
| **CRITÉRIO DE INCLUSÃO** |
| ( ) CRIANÇA COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE (ATÉ 11 MESES E 29 DIAS) QUE NASCEU PREMATURA COM IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 28 SEMANAS E 6 DIAS. **OBSERVAÇÕES: OBRIGATÓRIO ANEXAR A CÓPIA DO RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR DA CRIANÇA, FORNECIDO PELO HOSPITAL.** |
| ( ) CRIANÇA COM ATÉ 2 ANOS DE IDADE (ATÉ 1 ANO, 11 MESES E 29 DIAS) COM DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE (DPCP).TERAPÊUTICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:OXIGÊNIO SIM [ ]  NÃO [ ] DIURÉTICO SIM [ ]  NÃO [ ] CORTICÓIDE SIM [ ]  NÃO [ ] **OBSERVAÇÕES: OBRIGATÓRIO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DA DOENÇA E MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE (SUGESTÃO DE MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO- ANEXO III), COM DATA INFERIOR A 180 DIAS.** |
| ( ) CRIANÇA COM ATÉ 2 ANOS DE IDADE (ATÉ 1 ANO, 11 MESES E 29 DIAS) COM DOENÇA CARDÍACA CONGÊNITA COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA DEMONSTRADA. **OBSERVAÇÕES: OBRIGATÓRIO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DA DOENÇA E MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE (SUGESTÃO DE MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO- ANEXO IV), COM DATA INFERIOR A 180 DIAS, E CÓPIA DO LAUDO DO ECOCARDIOGRAMA MAIS RECENTE.** |
| **DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE** |
|  **NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:**  |
|  **TELEFONE: DDD ( )** |
|  **Data da solicitação: / /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante |
| **AUTORIZAÇÃO (POLO DE APLICAÇÃO)** |
| [ ]  Autorizado o Palivizumabe para aplicação.[ ]  A liberação do Palivizumabe não foi autorizada por não atender a critério estabelecido no PCDT.[ ]  A liberação do Palivizumabe não foi autorizada por falta de informações necessárias para análise da solicitação.[ ]  A liberação do Palivizumabe não foi autorizada, pois \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (justificativa). |
|  Data: / /  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e Carimbo do RT do Polo de Aplicação |