|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |