



ANEXO IV DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.584, DE 23 DE NOVEMBRO DE
2017.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE PROCESSO
(USO DE PALIVIZUMABE)

DOCUMENTOS

- CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE DO RESPONSÁVEL
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
- CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO
- RECEITA MÉDICA
- FORMULÁRIO ESPECÍFICO: FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE
- TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - 2 vias
- CÓPIA DO RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR DAS UNIDADES DE CUIDADOS NEONATAIS (PARA PACIENTES PREMATUROS CUJA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO SERÁ AMBULATORIAL)

OBSERVAÇÕES:

- 1) PACIENTES PREMATUROS ANEXAR, TAMBÉM, CÓPIA DO RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR DA UNIDADE NEONATAL (BERÇÁRIO) E INFORMAR DOSES JÁ REALIZADAS INTERNADOS/ ANOTAR TAMBÉM NO CARTÃO DA CRIANÇA;
- 2) PACIENTES CARDIOPATAS ANEXAR CÓPIA DO RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DA CARDIOPATIA, O GRAU DE HIPERTENSÃO PULMONAR E OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

LOCAL:

DATA: ___/___/_____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE

Identificação do Estabelecimento Solicitante

NOME DO ESTABELECIMENTO:

CNES:

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:

ENDERECO:

CEP:

MUNICÍPIO:

UF: MG

CNS:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: M F

NOME DA MÃE:

TELEFONE: DDD ()

CELULAR: DDD ()

Informações Complementares

IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO: semanas

GESTAÇÃO: Única Múltipla

PESO DE NASCIMENTO:

ESTATURA DE NASCIMENTO: cm

TIPO DE PARTO: Normal Cesárea Fórceps

APGAR 1' :

APGAR 5' :

DATA DA ALTA:

Condições Atuais do Paciente

PESO ATUAL: g

ESTATURA ATUAL: cm

- MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO (IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 28 SEMANAS E 6 DIAS) SIM NÃO

- ATÉ DOIS ANOS DE IDADE (1 ANO, 11 MESES E 29 DIAS) PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE (DISPLASIA BRONCOPULMONAR) SIM NÃO

- ATÉ DOIS ANOS DE IDADE (1 ANO, 11 MESES E 29 DIAS) PORTADORES DE DOENÇA CARDÍACA CONGÊNITA COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA DEMONSTRADA SIM NÃO

- TERAPÊUTICA NOS ÚLTIMOS 6 MESES
 - OXIGÊNIO SIM NÃO
 - BRONCODILATADOR SIM NÃO
 - DIURÉTICO SIM NÃO
 - CORTICÓIDE INALATÓRIO SIM NÃO



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

▪ PACIENTE EM ALTA HOSPITALAR SIM NÃO

Solicitação

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

CRM:

CNS:

E-MAIL:

TELEFONE: ()

CELULAR: ()

Todos os campos são obrigatórios, exceto telefone celular.

Observações médicas:

Data: ___/___/___

Assinatura/Carimbo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO – PALIVIZUMABE

Nome da Criança: _____

Local e Data de Entrega da Documentação: _____

Responsável pelo recebimento: _____



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE O USO DO PALIVIZUMABE
INFECÇÃO CAUSADA PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATORIO**

Eu, _____, responsável pelo paciente _____, abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **Palivizumabe** para a prevenção de infecção causada pelo **Vírus Sincicial Respiratório**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o paciente ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Estou ciente de que o Palivizumabe está indicado para prevenção de Infecções causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- Podem ocorrer os seguintes efeitos indesejáveis possíveis: febre, nervosismo, reação a injeção, diarreia, rash, elevação de enzimas hepáticas, função hepática anormal, doença do trato respiratório superior, leucopenia, vômito, tosse, rinite, otite média, faringite, erupção cutânea, dor no local da injeção e incluindo muito raramente a anafilaxia.
- Contra-indicado em caso de hipersensibilidade conhecida à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, ou a outros anticorpos monoclonais humanizados. Palivizumabe não é indicado para adultos.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar tratando o paciente em quaisquer circunstâncias.

