ANEXO II

GOVERNO DO Rio de Janeiro — SECRETARIA DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA PROFILAXIA CONTRA O VSR – PALIVIZUMABE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2. CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DO RESPONSÁVEL		
3. NOME DO PACIENTE		
4. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO PACIENTE	5. DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE	6. SEXO DO PACIENTE
7. NOME DA MÃE		
8. NOME DO RESPONSÁVEL (SE NÃO FOR A MÃE)	9. CPF DO RESPONSÀVEL	10. IDENTIDADE DO RESPONSÀVEL
11. ENDEREÇO (RUA, Nº E BAIRRO)	12. DDD / CELULAR DE CONTATO	
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14. UF	15. CEP

INFORMAÇÕES MÉDICAS		
A	16. IDADE ATUAL (EM MESES)	17. TIPO DE PARTO:
B	18. PARTO REALIZADO EM QUAL IDADE GESTACIONAL? (SEMANA DA GESTAÇÃO)	19. DATA DA ALTA:
C	20. PESO ATUAL (KG)	21. ALTURA ATUAL (M)
D	22. NOME DO ESTABELECIMENTO ONDE FEZ O PRÉ NATAL	23. NOME DO ESTABELECIMENTO ONDE NASCEU

JUSTIFICATIVA PARA O USO:

1. ( ) Criança prematura nascida com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias)

2. ( ) Menor de dois anos de idade com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica importante que possua:

☐ Insuficiência cardíaca ☐ Hipertensão pulmonar moderada ou severa ☐ Cardiopatia congênita cianótica ☐ Cardiopatia acianótica

3. ( ) Menor de dois anos de idade portador de doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar), com necessidade de uso, nos seis meses anteriores ao período de sazonalidade, de uma ou mais das seguintes terapêuticas:

☐ Oxigênio ☐ Broncodilatador ☐ Diurético ☐ Corticoide inalatório

ORIENTAÇÕES:

*A. **Marcar pelo menos UM** dos **itens (de 1 a 3)**;*
*B. Caso sejam **marcados os itens 2 ou 3**, **marcar pelo menos um dos subitens correspondentes;***
*C. Caso sejam **marcados os itens 2 ou 3**, será **necessário apresentar também :***

***Laudo Médico,** emitido há **menos de 60 dias,** **detalhando**, conforme o caso:*
Se cardiopatia congênita: informar a repercussão hemodinâmica apresentada;
Se Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade: descrever os sintomas da displasia broncopulmonar informada de modo a justificar a utilização de terapêutica nos últimos seis meses (Oxigênio; Broncodilator; Diurético ou Broncodilator).

SOLICITAÇÃO		
24. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	25. DATA DA SOLICITAÇÃO	26. ASSINATURA E CARIMBO (CRM)
27. CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	___/___/____	28. CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

EU, MÉDICO ASSISTENTE DA CRIANÇA ACIMA DISCRIMINADA, DECLARO TER DADO CIÊNCIA AO(S) SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) DOS BENEFÍCIOS E LIMITES DO TRATAMENTO, RISCOS ENVOLVIDOS, BEM COMO DE OUTRAS MEDIDAS PROFILÁTICAS NECESSÁRIAS À PREVENÇÃO DE INFECÇÕES PELO VIRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO.

AUTORIZAÇÃO CAMPO DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SES/RJ

☐ Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação na Unidade Responsável
☐ Não autorizo a liberação do Palivizumabe
  ☐ Por não atender a critério estabelecido pela SES/RJ
  ☐ Por falta de informações necessárias para análise da solicitação

DATA DA AUTORIZAÇÃO:	**ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:**

APLICAÇÃO/DISPENSAÇÃO FARMACÊUTICA

MÊS	29. DATA	30. FUNC.	31. ATENDIMENTO	32. ASSINATURA DA MÃE OU PAI (MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE RG – DOCUMENTO ORIGINAL)
FEVEREIRO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
MARÇO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
ABRIL	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
MAIO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
JUNHO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	
JULHO	/ /		( ) APLI ( ) DISP	

OBS: Para todas as crianças com Processo **APROVADO,** está ***autorizado de 01 até 05 doses*** sendo o **máximo de CINCO (05) doses ao ANO.**