FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DA MEDICAÇÃO PALIVIZUMABE NO ANO DE 2016	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELICIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
NOME DO ESTABELECIMENTO:	
CNES:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE:	
NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:	Idade Atual:
ENDEREÇO:	
CEP:	BAIRRO:
MUNICIPIO:	UF:
NOME DA MÃE:	IDADE DA MÃE:
TELEFONE: DDD ()	CELULAR: DDD ()
TELET (IVE. DDD ()	CLLCLIM, BBB (
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMEN	VTO: semanas e dias
GESTAÇÃO: ÚNICA MÚLTIP	
PESO DE NASCIMENTO: g	ESTATURA DE NASCIMENTO: cm
TIPO DE PARTO: NORMAL CESÁRE	
LOCAL: DOMÍCILIO:	INTERNAÇÃO:
PACIENTE INTERNADO DEVERÁ OBDECER AS INDI	CAÇOES DESCRITA NA PORTARIA
	ÇÕES DO PALIVIZUMABE
MENOR DE UM ANO DE IDADE (Até 11 meses e 29 dias), QUE NASCEU PREMATURO COM IDADE	
GESTACIONAL ATÉ 28 SEMANAS E SEIS DIAS.	
Prematuro de menor de 29 semanas com ficha preenchida pelo médico assistente. Autorização CRIE de	
referência	
MENOR DE SEIS MESES DE IDADE, QUE NASCEU PR	EMATURO COM IDADE GESTACIONAL
ATÉ 29 SEMANAS E 31 SEMANAS E SEIS DIAS.	
Prematuro de 29 semanas a 31 semanas e 6 dias prenchimento da ficha pelo médico assistente. Autorização CRIE de referência	
MENOR DE DOIS ANOS DE IDADE PORTADOR DE DI	ISPLASIA BRONCOPULMONAR
(DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE):	
TERAPÊUTICA NOS ÚL	TIMOS SEIS MESES:
Oxigênio SIM NÃO Broncodilata	dor SIM NÃO
Diurético SIM NÃO Corticóide s	istêmico ou inalatório SIM NÃO
Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade - Autorização no Hospital da Criança de Brasília "José de Alencar"	
MENOR DE DOIS ANOS DE IDADE COM CARDIOPAT	IA COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA:
Cardiopatia congênita cianótica	
-	e insuficiência cardíaca e/ou hipertensão pulmonar significativos
Cardiopatia com repercussão hemodinâmica - Autorização no Autorização no Hospital da Criança de Brasília ''José de Alencar'' ou no ICDF	
Cardiopana com repercussão nemodinamea. Tatorização no ratiorização no respirar da Oraniça de Drassia. Vose de racical. Va no rest.	
Dados do Médico Solicitante	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	Dados do Fredico Sonerante
CRM: CPF:	E-MAIL:
TELEFONE: DDD()	CELULAR: DDD ()
D (
Data:	
Assinatura e Carimbo	
	AUTORIZAÇÃO (PARA USO DA SES DF)
Autorizo a liberação do palivizumabe para aplicação	
Autorização para paciente internado na Rede SESDF será diretamente na farmácia hospitalar obdecendo as indicações da portaria.	
Autorização para paciente internado fora da Rede SESDF será realizada pela Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária à Saúde .	
Não autorizo a liberação do palivizumabe	
Por não atender a critério estabelecido (Portaria ?)	
Por falta de informações necessárias para análise da solicitação	
Data:	
	Assinatura e Carimbo do Autorizador