



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Laudo para Solicitação de Palivizumabe
Prevenção do Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

Identificação do Estabelecimento de Saúde (solicitante)		
NOME DO ESTABELECIMENTO:		
CNES:		
Identificação do Paciente		
NOME DO PACIENTE:		
ENDEREÇO:		
CEP:	MUNICÍPIO:	UF: SP
CNS:	DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOME DA MÃE:		
TELEFONE: DDD ()	CELULAR: : DDD ()	
Informações Complementares		
IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO: semanas		
GESTAÇÃO: Única <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/>		
PESO DE NASCIMENTO: g	ESTATURA DE NASCIMENTO: cm	
TIPO DE PARTO: Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/>		
APGAR 1' :	APGAR 5' :	DATA DA ALTA:
Condições Atuais do Paciente		
PESO ATUAL: g	ESTATURA ATUAL: cm	
<ul style="list-style-type: none">▪ MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO (IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 28 SEMANAS), APÓS ALTA HOSPITALAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>▪ MENOR DE DOIS ANOS, PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">TERAPÊUTICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:</p>Oxigênio SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Broncodilatador SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Diurético SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Corticóide inalatório SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>▪ MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>▪ MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA E HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE OU EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
<p>OBS: Além da cópia da certidão de nascimento, comprovante de residência e do cartão SUS, providenciar:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ para os pacientes prematuros: cópia do relatório de alta hospitalar do berçário;▪ para pacientes prematuros entre 1 e 2 anos de idade e com Doença Pulmonar da Prematuridade: cópia do relatório médico atualizado▪ para os pacientes cardiopatas: cópia do relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados.		
Solicitação		
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
CRM:	CPF:	E-MAIL:
TELEFONE: DDD ()	CELULAR: DDD ()	
Data:	_____	
	Assinatura e Carimbo	
Autorização (para uso da SES)		
<input type="checkbox"/> Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação na Unidade Responsável do DRS		
<input type="checkbox"/> Não autorizo a liberação do Palivizumabe		
<input type="checkbox"/> Por não atender a critério estabelecido (Resolução SS 249 de 13/07/2007)		
<input type="checkbox"/> Por falta de informações necessárias para análise da solicitação		
Data:	_____	
	Assinatura e Carimbo do Médico Autorizador	