



## **INFORMAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE - MAIO 2012 PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO - VSR**

O período de fornecimento e aplicação do palivizumabe obedece a critérios técnicos, definido pelo período de sazonalidade da circulação do VSR no Estado do Rio Grande do Sul, que se estende durante os meses de maio a setembro de cada ano. Cada criança poderá receber até cinco doses anuais do medicamento (maio a setembro) no primeiro ano de vida. A administração do medicamento não será estendida fora do período de sazonalidade ou para as crianças que não se enquadrem nos critérios descritos a seguir.

### **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

O cadastramento dos pacientes que receberão o medicamento obedecerá aos seguintes critérios:

- Crianças menores de um ano de idade que nasceram prematuras (**idade gestacional  $\leq$  a 28 semanas e/ou  $\leq$  a 1.250g**), iniciando após alta hospitalar;
- **Crianças menores de dois anos de idade**, portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade ou com cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa (com manifestações de insuficiência cardíaca congestiva, ou hipertensão pulmonar grave ou doença cardíaca cianótica) e que necessitaram de tratamento para a doença pulmonar ou cardíaca nos seis meses anteriores ao período de sazonalidade do VSR.

### **PASSOS PARA A SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO**

1. **Formulário específico devidamente preenchido e carimbado (anexo I) pelo médico solicitante acompanhado dos seguintes documentos de acordo com a indicação:**
  - Cópia do CPF e carteira de identidade do responsável (ou carteira de trabalho) do responsável pelo paciente
  - Cópia da certidão de nascimento do paciente
  - Comprovante de residência
  - Nota de alta
  - Relatório médico com a descrição da doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou exames complementares
  - Relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados para os pacientes cardiopatas
  - Exames complementares no caso da criança com cardiopatia congênita - xerox do laudo da radiografia de tórax; xerox do laudo do ecocardiograma
  - Termo de consentimento preenchido e assinado Este termo será preenchido em **duas vias**
2. **O Termo de Consentimento Informado (anexo II) deverá ser assinado pelo responsável pelo paciente e pelo médico solicitante do medicamento.**
3. A relação de documentos acima deverá ser entregue, pelo responsável pelo paciente, diretamente no local determinado de aplicação do medicamento ou na Secretaria Municipal de Saúde do município de residência que encaminhará ao serviço responsável pela mesma segundo relação em anexo (anexo III).
4. Os familiares do paciente serão comunicados sobre a data e o horário de aplicação do medicamento pelo serviço responsável pela aplicação. A resposta negativa a solicitação também será comunicada a família.



Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul  
Formulário para Solicitação de Palivizumabe  
Prevenção do Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

ANEXO I

Preenchimento obrigatório de todos os campos pelo médico assistente

Identificação da unidade de saúde (solicitante)

NOME DA UNIDADE:

TELEFONE PARA CONTATO:

Identificação do paciente

NOME DO PACIENTE:

ENDEREÇO:

CEP:

MUNICÍPIO:

UF: RS

Nº DNV (declaração de nascidos vivos):

DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_

SEXO: M  F

NOME DA MÃE:

Informações complementares

IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ semanas (medida- Capurro ou Ballard)

GESTÃO: Única  Múltipla

PESO DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ g

DATA DA ALTA: \_\_/\_\_/\_\_

Condições atuais do paciente

PESO ATUAL: \_\_\_\_\_ g

MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO (IDADE GESTACIONAL  $\leq$  A 28 SEMANAS E/OU  $\leq$  a 1250G);

MENOR DE DOIS ANOS, PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE, E DESTE GRUPO, TERAPEUTICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

Oxigênio SIM  NÃO  Broncodilatador SIM  NÃO

Diurético SIM  NÃO  Corticóide inalatório SIM  NÃO

MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA

MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA E HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE OU EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC).

Solicitação

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

CRM:

E-MAIL:

TELEFONE PARA CONTATO: DDD ( )

CELULAR: DDD ( )

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura e Carimbo

Autorização (Local de aplicação)

Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação no \_\_\_\_\_ Nº de doses \_\_\_\_\_

Não autorizo a liberação do Palivizumabe

Por não atender a critério estabelecido (Resolução SS 249 de 13/07/2007)

Por falta de informações necessárias para análise da solicitação

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico Autorizador

Anexar a este formulário os seguintes documentos

1. Cópia da carteira de identidade e CPF (ou carteira de Trabalho) do responsável pelo paciente
2. Cópia da certidão de nascimento do paciente
3. Comprovante de residência
4. Esta via do Formulário de solicitação do medicamento
5. Nota de alta (RN com idade gestacional  $\leq$  a 28 semanas)
6. Relatório médico da doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou exames complementares
7. Relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados para os pacientes cardiopatas
8. Anexar exames complementares no caso de crianças com cardiopatia congênita: A- Xerox do laudo da Radiografia do Tórax; B- Xerox do laudo do Ecocardiograma
9. Termo de Consentimento Informado (2 vias – uma via do paciente e a outra anexar à documentação)

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_ [nome do responsável pelo usuário(a) abaixo identificado(a) e firmado(a)], declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do imunobiológico palivizumabe.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_

(nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o meu filho ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos 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, irritabilidade, reação a injeção, diarreia, rash, elevação de enzimas hepáticas, função hepática anormal, doença do trato respiratório superior, leucopenia, vômito, tosse e rinite.

É contraindicada 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.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao tratamento do paciente, para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

**1) Identificação do usuário: (preenchida pelo responsável pelo paciente)**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

CPF(responsável) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo paciente

**2) Identificação do médico: (preenchida pelo médico solicitante responsável pela indicação do medicamento)**

Nome do médico: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Local de aplicação: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

**ANEXO III**

**RELAÇÃO DE LOCAIS RESPONSÁVEIS PELA APLICAÇÃO DO PALIVIZUMABE DE ACORDO COM O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE**

<b>MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>	<b>LOCAL DE APLICAÇÃO</b>
<b>Porto Alegre</b>	<b>CRIE HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON</b> Rua Bento Gonçalves, 3722 - Bairro Partenon - Porto Alegre Fone: 51 3336-8802
	<b>CRIE HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS</b> Avenida Independência, 661, 6º andar - Bairro Independência - Porto Alegre Fone: 51 3289-3339 / 51 3289-3360
<b>Municípios da 1ª CRS (exceto Canoas):</b> Alvorada, Araricá, Cachoeirinha, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Viamão	<b>CRIE HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON</b> Rua Bento Gonçalves, 3722 - Bairro Partenon - Porto Alegre Fone: 51 3336-8802
<b>Municípios da 2ª CRS e Canoas:</b> Canoas, Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Brochier, Butiá, Camaquã, Cambará do Sul, Capela de Santana, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Harmonia, Igrejinha, Maratá, Mariana Pimentel, Minas do Leão, Montenegro, Pareci Novo, Parobé, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, São Francisco de Paula, São Jerônimo, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Taquara, Três Coroas, Triunfo, Tupandi.	<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ULBRA CANOAS</b> Avenida Farroupilha, 8001 - Bairro São José - Canoas Fone: 51 3464-9625
<b>Municípios da 3ª CRS:</b> Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Turuçu	<b>HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE PAULA</b> Rua Marechal Deodoro, 1123 - Pelotas Fone: 53 2128-8300
<b>Municípios da 4ª CRS:</b> Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Jaguari, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos,	<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA</b> Avenida Roraima, prédio 22 Campus - Bairro Camobi - Santa Maria Fone: 55 3220-8500

<p>Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Tupanciretã, Unistalda, Vila Nova do Sul.</p>	
<p><b>Municípios da 5ª CRS</b>  Alto Feliz, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Protásio Alves, Santa Tereza, São São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale, Real, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata.</p>	<p><b>HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL</b>  Rua Professor Antônio Vignoli, 255 - Bairro Petrópolis - Caxias do Sul  Fone: 54 3218-7200</p>
<p><b>Municípios da 6ª CRS</b>  Água Santa, Almirante Tamandaré do Sul, Alto Alegre, André da Rocha, Barracão, Caciقة Doble, Camargo, Campo Borges, Campo Bonito do Sul, Carazinho, Casca, Caseiros, Ciríaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, Davi Canabarro, Ernestina, Espumoso, Gentil, Ibiaçá, Ibiraiaras, Ibirapuitã, Lagoão, Lagoa dos Três Cantos, Lagoa Vermelha, Machadinho, Marau, Mato Castelhana, Maximiliano de Almeida, Mormaço, Muliterno, Não me Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Paim Filho, Passo Fundo, Pontão, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Antônio do Palmar, Santo Antônio do Planalto, Santo Expedito do Sul, São Domingos do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Serafina Correa, Sertão, Soledade, Tapejara, Tapera, Tio Hugo, Tunas, Tupanci do Sul, Vanini, Vitor Graeff, Vila Lângaro, Vila Maria.</p>	<p><b>HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO</b>  Rua Teixeira Soares, 808 - Bairro Centro - Passo Fundo  Fone: 54 3316-4000</p>
<p><b>Municípios da 7ª CRS</b>  Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul</p>	<p><b>SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ</b>  Rua Gomes Carneiro, 1350 - Bairro Centro - Bagé  Fone: 53 3242-7022</p>
<p><b>Municípios da 8ª CRS</b>  Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Vermelha, Ibirama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo e Sobradinho</p>	<p><b>HOSPITAL SANTA CRUZ</b>  Rua Fernando Abott, 174 - Centro - Santa Cruz do Sul  Fone: 51 3713-7400</p>
<p><b>Municípios da 9ª CRS</b>  Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Ingra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach e Tupanciretã</p>	<p><b>ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO</b>  Rua Antônio Manoel, nº 701 - Santo Ângelo  Fone: 55 3313-2000</p>

<p><b>Municípios da 10ª CRS</b> Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manuel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, anta Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel, Uruguaiana.</p>	<p><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE ALEGRETE</b> Rua General Sampaio, nº 88 – Alegrete Fone: 55 3422-2888</p>
<p><b>Municípios da 11ª CRS</b> Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebangó, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos</p>	<p><b>HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO</b> Rua Teixeira Soares, 808 - Bairro Centro - Passo Fundo Fone: 54 3316-4000</p>
<p><b>Municípios da 12ª CRS</b> Caibaté, Bossoroca, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Itacurubi, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões</p>	<p><b>ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO</b> Rua Antônio Manoel, nº 701 - Santo Ângelo Fone: 55 3313-2000</p>
<p><b>Municípios da 13ª CRS</b> Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pântano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz</p>	<p><b>HOSPITAL SANTA CRUZ</b> Rua Fernando Abott, 174 – Centro – Santa Cruz do Sul Fone: 51 3713-7400</p>
<p><b>Municípios da 14ª CRS</b> Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi</p>	<p><b>ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO</b> Rua Antônio Manoel, nº 701 - Santo Ângelo Fone: 55 3313-2000</p>
<p><b>Municípios da 15ª CRS</b> Barra Funda, Barra do Rio Azul, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lageado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Xingú, Novo Barreiro, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras, Trindade do Sul.</p>	<p><b>HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO</b> Rua Teixeira Soares, 808 - Bairro Centro - Passo Fundo Fone: 54 3316-4000</p>

<p><b>Municípios da 16ª CRS</b>  Anta Gorda, Arroio do Meio, Arvorezinha, Barros Cassal, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro, do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vila Nova, Fontoura Xavier, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Itapuca, Lajeado, Marquês de Souza, Muçum, Nova Brescia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim, Sério, Tabaí, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Correa e Westfália</p>	<p><b>HOSPITAL SANTA CRUZ</b>  Rua Fernando Abott, 174 – Centro – Santa Cruz do Sul  Fone: 51 3713-7400</p>
<p><b>Municípios da 17ª CRS</b>  Ajuricana, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Joia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova</p>	<p><b>ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO</b>  Rua Antônio Manoel, nº 701 - Santo Ângelo  Fone: 55 3313-2000</p>
<p><b>Municípios da 18ª CRS</b>  Arroio do Sal, Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Capão da Canoa, Cidreira, Dom Pedro de Alcântara, Imbé, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangri-Lá</p>	<p><b>CRIE HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON</b>  Rua Bento Gonçalves, 3722 - Bairro Partenon - Porto Alegre  Fone: 51 3336-8802</p>
<p><b>Municípios da 19ª CRS</b>  Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Herval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Nonoai, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rio dos Índios, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre, Vista Gaúcha</p>	<p><b>HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO</b>  Rua Teixeira Soares, 808 - Bairro Centro - Passo Fundo  Fone: 54 3316-4000</p>