

Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE

FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE NIRSEVIMABE – CRIE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Nome do Estabelecimento:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Idade atual:

Sexo: () Masculino () Feminino

Raça/Cor: () Negro () Branco () Pardo () Índio

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Possui Plano de Saúde: () Sim () Não

Se sim, qual o plano de Saúde:

Nome da Mãe:

Endereço:

N°:

Complemento:

Bairro:

Município

UF:

CEP:

Telefone:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Idade Gestacional no nascimento:

semanas

Peso Nascimento:

Peso Atual:

Tipo de Parto: () Normal () Cesárea () Fórceps

Atualmente, criança internada: () Sim () Não

Se não, data da alta:

Tempo de Oxigenoterapia: dias

Recebeu Dose intra-hospitalar de Nirsevimabe? () Sim () Não

Se sim, data:

Medicamento de uso contínuo:

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

Solicitante:

Conselho Classe:

CNS:

Telefone: ()

Celular: ()

Data do Pedido:

Assinatura:

PRESCRIÇÃO

MOTIVO DA INDICAÇÃO	DOENÇA DE BASE	
() Prematuro até 36 sem e 6 dias		
() Comorbidades		Cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica
		Doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP)
		Prematuro dependente de oxigênio
		Necessidade de oxigênio até 36 semanas de idade corrigida
		Uso de suporte terapêutico nos últimos 6 meses
		Imunocomprometidos graves (inato ou adquirido)
		<12 meses com CD4+ \leq 750 células/mm ³
		12 a 24 meses com CD4+ \leq 500 células/mm ³
		Erros inatos graves da imunidade
		Uso de corticoides em altas doses
		Transplantados de órgãos sólidos ou TCTH
		Doenças oncológicas em tratamento ou pós-quimioterapia/radioterapia
		Fibrose cística
		Doença pulmonar grave
		Alterações persistentes em imagem pulmonar
	Peso/estatura <10º percentil	
	Doenças neuromusculares graves	
	Síndrome de Down	
	Anomalias congênitas das vias aéreas e doenças pulmonares graves	
SOLICITAÇÃO	DOSE	
Nirsevimabe 50 mg (100 mg/ml)		
Nirsevimabe 100 mg (100 mg/ml)		

TEXTO CLÍNICO: