

SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS
NIRSEVIMABE
Preenchimento Completo Obrigatório

Hospital/Unidade de Saúde: _____

Paciente (**SEM ABREVIAR**) _____

CNS: _____ RG ou CPF ou Cert. Nasc.: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nome de mãe: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP _____

Município: _____

Telefone (____) _____

() **Prematuro:** Idade gestacional: _____ Peso ao nascer: _____ Peso atual: _____

() **Criança com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com comorbidades**, de acordo o **Guia Operacional para Implementação da Estratégia de Imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) com Anticorpo Monoclonal em Crianças Prematuras e com Comorbidades**, disponível em: https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/guiaparausodonirsevimabe_03-02-2026.pdf

Comorbidade: _____

Data: ____/____/____ solicitado por _____

Carimbo e Assinatura do Médico e/ou Enfermeiro

Favor preencher com letra legível.

Entregar na unidade de saúde a que pertence