



Nota Técnica AF/SS nº 08, de 03 de maio de 2012

Assunto: Diretrizes para o fornecimento do palivizumabe para prevenção da infecção pelo Vírus Sincial Respiratório (VSR) no Estado de São Paulo.

Destinatário:

- Profissionais da saúde dos Centros de Aplicação do Palivizumabe;
- Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE/DRS/SES-SP;
- Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE/CCD/SES-SP;
- Farmacêuticos das Farmácias de Medicamentos Especializados.

Considerando a necessidade de seguimento terapêutico da prevenção da infecção pelo Vírus Sincial Respiratório (VSR) com palivizumabe, informamos que para o fornecimento deste medicamento deverão ser entregues os seguintes documentos:

1. Documentos preconizados pela Resolução SS nº 249, de 13 de julho de 2007:

1.1. Laudo para Solicitação de Palivizumabe,

1.2. Cópia da Certidão de Nascimento do paciente;

1.3. Cópia do comprovante de residência, com CEP;

1.4. Cópia do Cartão SUS;

1.5. Para pacientes prematuros: cópia do relatório de alta hospitalar do berçário;

1.6. Para pacientes prematuros entre 1 e 2 anos de idade e com Doença Pulmonar da Prematuridade: relatório médico atualizado;

1.7. Para pacientes cardiopatas: relatório médico atualizado, com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados.

2. Declaração (Anexo 1) . Esta declaração deverá ser assinada pelo responsável legal do paciente no Centro de Aplicação do Palivizumabe;

3. Formulário de seguimento terapêutico da prevenção da infecção pelo VSR com palivizumabe (Anexo 2). O formulário deverá ser entregue ao responsável do paciente no início do tratamento e devolvido ao Centro de Aplicação do Palivizumabe ao final do tratamento ou até **31/10/2012**. Na entrega, o mesmo deverá estar preenchido por completo e assinado pelo médico do paciente.

Informamos que o Laudo para Solicitação de Palivizumabe permanece disponível na página eletrônica da SES/SP (<http://www.cve.saude.sp.gov.br/>) e os anexos 1 e 2 estarão disponíveis nos Centros de Aplicação do Palivizumabe.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Anexos:

Anexo 01. Declaração



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Assistência Farmacêutica

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
portador do documento de identidade
nº _____, responsável pelo
menor _____ declaro
que nesta data está sendo iniciada a prevenção para o vírus sincicial respiratório
com palivizumabe.

Ainda, me comprometo a encaminhar ao médico, que está realizando o
acompanhamento do menor supracitado, o formulário de seguimento terapêutico
da prevenção da infecção pelo VSR com palivizumabe e entregá-lo no local de
aplicação até 31 de outubro de 2012.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente em 2 (duas) vias.

_____, _____ de _____ de 2012.
Local

Assinatura do responsável pelo paciente



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Anexo 02. Formulário de seguimento terapêutico da prevenção da infecção pelo VSR com palivizumabe.

| Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo | | |
|---|---|--|
| Formulário de seguimento terapêutico da prevenção da infecção pelo VSR com palivizumabe | | |
| <small>Considerando a Resolução SS nº 249, de 26 de julho de 2007, que estabelece as diretrizes para prevenção da infecção pelo VSR, é obrigatório o preenchimento deste formulário para o fornecimento e, caso necessário, continuidade de fornecimento do palivizumabe.</small> | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | |
| NOME DO ESTABELECIMENTO: _____ | | |
| CNES: _____ | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | |
| NOME COMPLETO: _____ | | |
| NOME DA MÃE: _____ | | NOME DO RESPONSÁVEL: _____ |
| SEXO: () MASCULINO () FEMININO | | DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ |
| CPF: _____ | RG: _____ | CNS: _____ |
| ENDEREÇO: _____ | | |
| BAIRRO: _____ | MUNICÍPIO: _____ | UF: SP |
| CEP: _____ | TELEFONE (S): _____ | |
| E-MAIL: _____ | | |
| DADOS DA PREVENÇÃO | | |
| Hospitalizações: | | |
| () Não foi internado por doença respiratória no período de março a setembro. | | |
| () Foi internado por doença respiratória no período de março a setembro. | | |
| Número de hospitalizações: _____ vezes | | |
| Hospitalização 1: | Período: De ____/____/____ a ____/____/____ Dias de hospitalização: _____ dias Dias de suplementação de oxigênio: _____ dias Frequência/Permanência na UTI: _____ dias Duração da ventilação mecânica: _____ dias | Motivos da internação: () Pneumonia () Insuficiência Respiratória () Outros. Especificar: _____ Foi identificado o VSR: () Sim () Não. Se sim, qual o método: _____ |
| Hospitalização 2: | Período: De ____/____/____ a ____/____/____ Dias de hospitalização: _____ dias Dias de suplementação de oxigênio: _____ dias Frequência/Permanência na UTI: _____ dias Duração da ventilação mecânica: _____ dias | Motivos da internação: () Pneumonia () Insuficiência Respiratória () Outros. Especificar: _____ Foi identificado o VSR: () Sim () Não Se sim, qual o método: _____ |
| Hospitalização 3: | Período: De ____/____/____ a ____/____/____ Dias de hospitalização: _____ dias Dias de suplementação de oxigênio: _____ dias Frequência/Permanência na UTI: _____ dias Duração da ventilação mecânica: _____ dias | Motivos da internação: () Pneumonia () Insuficiência Respiratória () Outros. Especificar: _____ O VSR foi identificado: () Sim () Não Se sim, qual o método: _____ |
| IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE | | |
| Nome do médico prescritor: _____ | | |
| CPF: _____ | Nº CRM: _____ | |
| Endereço: _____ | | |
| Bairro: _____ | Município: _____ | UF: SP |
| CEP: _____ | Telefone (s): _____ | |
| E-mail: _____ | | |
| DECLARAÇÃO DO MÉDICO PRESCRITOR: TERMO de RESPONSABILIDADE pela SOLICITAÇÃO e AVALIAÇÃO da EFETIVIDADE DA PREVENÇÃO para o VSR com PALIVIZUMABE | | |
| Eu, <u>Doutor</u> _____ CRM _____ | | |
| declaro e me responsabilizo da veracidade das informações acima prestadas. | | |
| Local: _____ | Data: ____/____/____ | |
| Assinatura: _____ | | |

Referências Bibliográficas:

1. BRASIL. Resolução SS nº 249, de 13 de julho de 2007. Aprova Norma Técnica elaborada pela Coordenadoria de Controle de Doenças – Centro de Vigilância Epidemiológica e Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde, que estabelece as diretrizes para prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório – VSR no âmbito do Sistema Único do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 14 jul. 2007. Seção 1, p. 24.

Dr. Ricardo Paranhos Pires Moreira
Assist. Téc. de Planejamento de Ações de Saúde III
Assistência Farmacêutica
Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo

Dra. Sônia Lucena Cipriano
Diretor Técnico de Saúde III
Assistência Farmacêutica
Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo