

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:			Nº:
Complemento:		Bairro:	
Município	UF:	CEP:	Telefone:
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Idade Gestacional no nascimento:		semanas	
Peso do Nascimento:		Estatura do Nascimento:	
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
			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+ ≤750 células/mm³
			12 a 24 meses com CD4+ ≤500 células/mm³
			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:			