



ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.914, DE 09 DE DEZEMBRO DE  
2021.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA USO DE  
PALIVIZUMABE

DOCUMENTOS

- CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE DO RESPONSÁVEL
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
- CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO
- RECEITA MÉDICA
- FORMULÁRIO ESPECÍFICO: FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE
- TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - 2 vias
- CÓPIA DO RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR DAS UNIDADES DE CUIDADOS NEONATAIS (PARA PACIENTES PREMATUROS CUJA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO SERÁ AMBULATORIAL)

OBSERVAÇÕES:

- 1) PACIENTES PREMATUROS ANEXAR, TAMBÉM, CÓPIA DO RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR DA UNIDADE NEONATAL E INFORMAR DOSES JÁ REALIZADAS INTERNADOS/ ANOTAR TAMBÉM NO CARTÃO DA CRIANÇA;
- 2) PACIENTES CARDIOPATAS ANEXAR CÓPIA DO RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DA CARDIOPATIA, O GRAU DE HIPERTENSÃO PULMONAR E OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

LOCAL: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO





Todos os campos são obrigatórios, exceto telefone celular.

**Observações médicas:**

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo



**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO – PALIVIZUMABE**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Local e Data de Entrega da Documentação: \_\_\_\_\_

Responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE O USO DO PALIVIZUMABE INFECÇÃO  
CAUSADA PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATORIO**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo paciente  
\_\_\_\_\_, 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 medicamento Palivizumabe para a prevenção de infecção causada pelo Vírus Sincicial Respiratório.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico  
\_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o paciente ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por 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 contraindicações,, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- Podem ocorrer os seguintes efeitos indesejáveis possíveis: febre, nervosismo, reação a injeção, diarreia, rash, elevação de enzimas hepáticas, função hepática anormal, doença do trato respiratório superior, leucopenia, vômito, tosse, rinite, otite média, faringite, erupção cutânea, dor no local da injeção e incluindo muito raramente a anafilaxia.
- Contraindicado em caso 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.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por orientação do meu médico.

Paciente: \_\_\_\_\_

Certidão de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_

Documento de identidade do responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável legal

Observações:

- 1) O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
- 2) Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.