



Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual da Saúde
Departamento de Ações em Saúde
Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica
NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 5/2020 – DAS/SES e CPAF/SES-RS

ASSUNTO: *Sistematização do fluxo para solicitação, distribuição e dispensação do medicamento Palivizumabe para o tratamento profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Estado do Rio Grande do Sul*

Considerando o Registro de Deliberação nº 12/2012 e o Relatório de Recomendação nº 16 – Novembro de 2012 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);

Considerando a 66ª Reunião da CONITEC, em 9 de maio de 2018, na qual foi aprovada a substituição da apresentação farmacêutica de palivizumabe em pó liofilizado + diluente, por descontinuidade de produção dessa apresentação pelo fabricante, para o palivizumabe em solução injetável;

Considerando a Portaria Conjunta SAS-SCTIE/MS nº 23, de 23/10/18, que atualizou parâmetros sobre a infecção pelo vírus sincicial respiratório no Brasil e estabeleceu diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta infecção.

Informamos que o período de fornecimento e aplicação do Palivizumabe obedece a critérios técnicos, definidos pelo **período de sazonalidade** da circulação do VSR no Rio Grande do Sul, ocorrendo entre os meses de **abril à agosto de cada ano**. Recomenda-se que a primeira dose do Palivizumabe seja administrada antes do início do período de sazonalidade do VSR, isto é, na segunda quinzena de março, e as doses subsequentes administradas com intervalo de 30 dias. Assim, o medicamento será disponibilizado para aplicação no Estado, às crianças que se enquadrem nos critérios descritos neta Nota Técnica, do dia **16 de março à agosto impreterivelmente**.

Cada criança poderá receber **no máximo cinco doses anuais** do medicamento. Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando, assim, de 1 a 5 doses. Para crianças nascidas durante a sazonalidade do VSR, poderá ser necessário menos que 5 doses, uma vez que o medicamento não será aplicado fora desse intervalo de tempo.

O anticorpo monoclonal humanizado palivizumabe tem se mostrado eficaz na prevenção das doenças graves pelo VSR por apresentar atividade específica, neutralizante e inibitória da fusão contra este vírus, reduzindo a taxa de hospitalização relacionada a

infecção gerada por ele. Embora o palivizumabe não se trate de uma vacina, a imunização passiva pode ser obtida com a sua utilização.

A prescrição, orientação e supervisão do medicamento Palivizumabe, bem como a indicação da administração de acordo com os critérios estabelecidos nesta nota técnica, é de inteira responsabilidade do médico assistente que acompanha a criança.

1.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (conforme Portaria Conjunta SAS-SCTIE/MS nº23, de 23/10/18):

A) Crianças menores de 1 ano de idade (até 11 meses e 29 dias) que nasceram prematuras com **idade gestacional menor ou igual a 28 semanas (28 semanas e 6 dias).**

B) Crianças menores de 2 anos de idade, com doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP), definida pela dependência de oxigênio em prematuros a partir de 28 dias de vida acompanhada de alterações típicas na radiografia pulmonar ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida, em prematuro extremo.

C) Crianças menores de 2 anos de idade, com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada. Incluem-se as cardiopatias cianóticas em uso de medicamentos para controlar insuficiência cardíaca congestiva e que precisarão de procedimento cirúrgico. Crianças com hipertensão pulmonar moderada a severa.

- **Não está indicado o uso de Palivizumabe em:** RN e lactentes com doença cardíaca sem repercussão hemodinâmica como por exemplo o **defeito de septo atrial tipo ostium secundum, defeito pequeno de septo ventricular, estenose da pulmonar, estenose aórtica não complicada, coarctação leve da artéria aorta, persistência do ducto arterial;** Criança com lesão cardíaca corrigida por cirurgia a não ser que continue precisando de medicamentos por insuficiência cardíaca; Lactentes com cardiopatia leve, sem uso de medicamentos para esta doença.
-

A administração de palivizumabe deverá ser feita em crianças que preencham pelo menos um dos critérios de inclusão estabelecidos neste Protocolo, inclusive para as que se encontram internadas, devendo neste caso ser administrado no ambiente

hospitalar e respeitado o intervalo de doses subsequentes intra-hospitalar e pós-alta hospitalar.

2.SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PALIVIZUMABE (Dose Intra-Hospitalar):

O medicamento deverá ser solicitado ao polo de referência que abrange o município onde localiza-se o serviço hospitalar (ANEXO III).

Inicialmente o médico assistente explica aos responsáveis pela criança, o motivo do uso de Palivizumabe no paciente internado, assim facilitando a adesão familiar ao processo. Também é responsável por realizar o preenchimento dos formulários (anexos I e II). Deverá prescrever a dose a ser administrada durante a internação, anotar a dose aplicada na Caderneta da Criança e orientar por escrito a aplicação das doses subsequentes com intervalo de 30 dias no total de até 5 doses, sem ultrapassar o período da sazonalidade do VSR.

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), onde o prematuro/cardiopata estiver internado providencia junto aos responsáveis pelo paciente, toda a documentação necessária para a solicitação deste imunobiológico, e realiza o cadastro da requisição pelo Sistema HÓRUS/MS.

Em recém-nascidos (RN) internados que preencham o critério de uso, a aplicação **poderá** ser iniciada, a partir de 7 dias de vida, desde que observada a estabilidade clínica do paciente. O medicamento deve ser prescrito pelo médico responsável pela criança, respeitando o intervalo de doses subsequentes, a cada 30 dias (intra-hospitalar e pós-alta hospitalar/dose ambulatorial).

Para indicação do Palivizumabe intra-hospitalar é considerada estabilidade clínica:

- RN sem uso de drogas vasoativas para tratamento de choque séptico, cardiogênico ou hipovolêmico;
- Sem uso de antibióticos ou outras drogas para tratamento de infecção grave;
- Sem uso de parâmetros elevados de ventilação mecânica.

Convém lembrar que as UTIN's/RS, em tese, estão livres da circulação do VSR. A criança poderá receber a dose inicial (intra-hospitalar) no período quinzenal que antecede a alta hospitalar.

O palivizumabe poderá ser disponibilizado para pacientes internados na rede privada com os mesmos critérios de inclusão, desde que não haja fornecimento pela Saúde Suplementar.

A rede hospitalar de Porto Alegre solicitará as doses ao Hospital Materno Infantil Presidente Vargas a partir deste ano. O HMIPV já realizava as aplicações ambulatoriais aos usuários residentes na capital e incorporou a avaliação técnica e atendimento das doses intra-hospitalar. Da mesma maneira, o Hospital da Criança

Conceição e Hospital Ulbra Canoas incorporarão as demandas relacionadas aos hospitais de sua abrangência. Desta forma, o fluxo de atendimento seguirá o anexo III considerando o município onde localiza-se o hospital solicitante.

3.SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PALIVIZUMABE (Dose Ambulatorial):

Após a alta hospitalar, a criança deverá manter a aplicação do Palivizumabe durante a **sazonalidade do VSR**. Quando não recebeu o medicamento durante sua internação (não teve condições clínicas), o médico assistente da criança deverá explicar aos seus responsáveis, o motivo do uso do medicamento, prescrever em receituário e preencher os Anexos I e II, bem como, orientar os responsáveis para providenciarem a documentação necessária para seu recebimento. O encaminhamento ao Ambulatório de Egressos será conforme o **município de residência** da criança de acordo com o estabelecido no Anexo III.

4.DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Receituário médico com prescrição do Palivizumabe;
- Cópia do CPF e do documento de identificação (ou carteira de trabalho) do responsável pelo paciente;
- Cópia da certidão de nascimento do paciente;
- Comprovante de residência;
- Cópia cartão SUS da criança;
- Nota de alta (RN com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas);
- Caderneta de Saúde da Criança (para registro da dose do Palivizumabe);
- Relatório médico com a descrição da doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou exames complementares;
- Relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados para os pacientes cardiopatas;
- Exames complementares no caso da criança com cardiopatia congênita- cópia do laudo da radiografia de tórax; cópia do laudo do ecocardiograma;
- Termo de consentimento preenchido e assinado pelo responsável da criança e pelo médico solicitante do medicamento. Este termo será preenchido em **duas vias** (cópia) (anexo II);
- Anexo I (preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente) em **duas vias** (cópia);

Avisos Importantes:

1. A relação de documentos acima deverá ser entregue, pelo responsável do paciente, diretamente no local determinado para aplicação do medicamento ou na Secretaria Municipal de Saúde do município de residência que encaminhará ao serviço responsável pela mesma segundo relação em anexo (anexo III).

2. Usuários oriundos das UTI's, direcionados aos polos de aplicação para continuidade do tratamento, deverão receber cópia dos documentos encaminhados na abertura do processo. O ambulatório de egresso poderá solicitá-los para acompanhamento do paciente e fornecimento do medicamento.
3. Os familiares do paciente serão comunicados sobre a data e o horário de aplicação do medicamento pelo serviço responsável pela aplicação. A resposta negativa a solicitação também será comunicada à família.
4. Para crianças com indicação de Palivizumabe no 2º ano de vida, faz-se necessário atualizar a situação clínica com relatório médico e exames, sem necessidade dos demais documentos já apresentados no 1º ano de aplicação.

5.FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO:

5.1 Os quantitativos enviados para cada polo de aplicação serão estimados pela Seção de Saúde da Criança/DAS/SES em conjunto com a Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica (CPAF), com base nos dados do SINASC e nos registros de estoque/agendamentos dos estabelecimentos de saúde no sistema HÓRUS/MS.

5.2 Mensalmente, durante o período da sazonalidade, o almoxarifado estadual (DAF) realizará a distribuição do Palivizumabe para os polos de aplicação em Porto Alegre e para as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que serão responsáveis pela distribuição do medicamento aos respectivos Ambulatórios de Egressos constantes no anexo III.

5.3 A CRS deverá realizar a entrada e distribuição do Palivizumabe para o polo de aplicação através do sistema HÓRUS/MS.

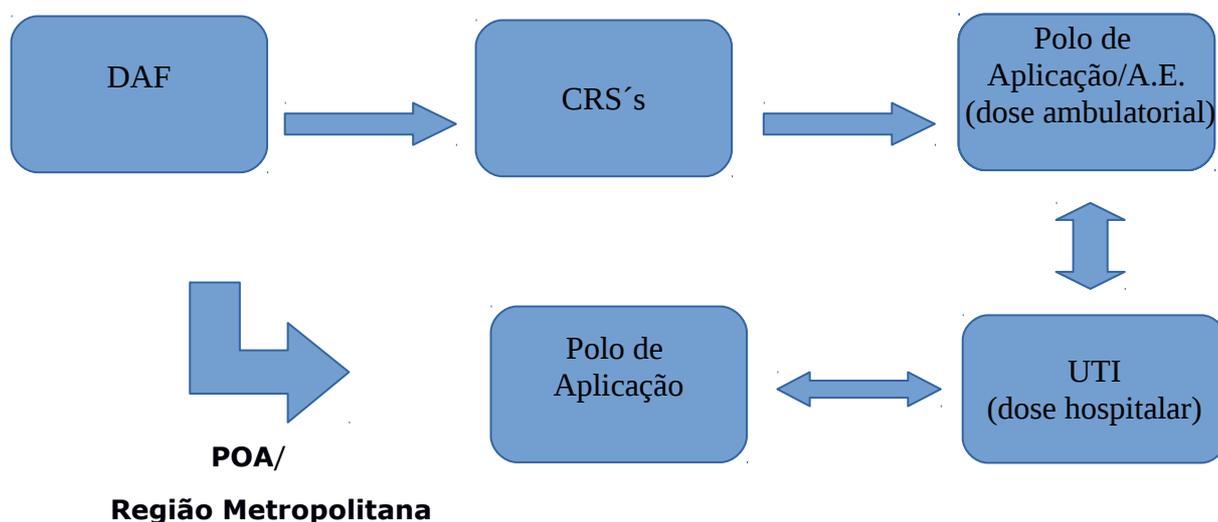


Fig. 1 – Fluxo de distribuição

6.FLUXO PARA DISPENSAÇÃO/APLICAÇÃO:

6.1 O polo de aplicação deverá possuir equipe de saúde formada por médico, farmacêutico, enfermeiro ou técnico de enfermagem com supervisão de um enfermeiro e um profissional

técnico administrativo responsável pelo agendamento e recepção dos usuários. A equipe deverá manter o registro das informações referentes aos agendamentos e dispensações, incluindo lote do medicamento utilizado, garantindo a rastreabilidade. O sistema informatizado adotado será o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Sistema HÓRUS).

6.2 Deverá contar com estrutura física adequada: área para recepção e atendimento das crianças; área de preparo com pia para higienização das mãos; espaço físico para armazenamento do medicamento em geladeira contendo termômetro para controle de temperatura de 2º-8ºC; e insumos para administração, como agulhas (20 x 5,5 e 25 x 7), seringas de 1 mL descartáveis e compressas de álcool a 70% para antissepsia da pele.

6.3 Os polos de aplicação deverão elaborar um calendário de agendamento de grupos de crianças que tenham indicação de uso para que recebam o palivizumabe no mesmo dia. Assim, um frasco-ampola poderá ser fracionado de forma segura em múltiplas doses de acordo com o peso das crianças, objetivando minimizar as perdas do medicamento. Da mesma maneira, poderão agendar as aplicações intra-hospitalares coincidindo as datas e otimizando o uso dos frascos.

As aplicações intra-hospitalares serão atendidas conforme a dosagem prescrita pelo médico e sempre na menor apresentação disponível.

6.4 Deverá ter protocolo escrito e equipe treinada para atendimento de reações adversas como choque anafilático, assim como material e medicamentos para esta finalidade.

6.5 O palivizumabe é, atualmente, comercializado no Brasil em caixa com frasco ampola de vidro incolor de 0,5 mL ou de 1 mL na forma de solução injetável. Este medicamento é disponibilizado nas apresentações de 50mg e 100mg, ambas contendo a concentração de 100mg/mL. Não é necessário diluir a nova forma farmacêutica, pois a solução injetável é uma formulação pronta para uso que elimina a necessidade de reconstituição, tornando o processo de preparação mais simples e rápido.

6.6 O palivizumabe deve ser armazenado, na embalagem original do produto, sob refrigeração, entre 2º a 8ºC, não devendo ser congelado, mantendo-se assim próprio para o consumo dentro do prazo de validade indicado pelo fabricante.

6.7 Deve ser administrado exclusivamente por via intramuscular (IM), somente por pessoa capacitada, utilizando técnica asséptica. Para prevenir transmissão de doenças infecciosas, devem ser utilizadas seringas e agulhas descartáveis e de uso único, ou seja, não se reutilizando qualquer dos materiais utilizados na aplicação.

6.8 A posologia recomendada de palivizumabe é **15 mg/kg** de peso corporal, administrados uma vez por mês, durante a estação do VSR no total de, no máximo, cinco aplicações mensais consecutivas.

6.9 No momento da dispensação no sistema é obrigatória a inclusão dos seguintes dados no campo observação: idade gestacional, peso ao nascer, peso atual, critério de inclusão e

telefone para contato. Caso a data do registro divirja da aplicação (o sistema HÓRUS não permite registros retroativos), sendo assim, acrescentá-la também no campo observação.

7.ENCERRAMENTO DAS APLICAÇÕES:

O sistema HÓRUS deverá ser alimentado, ficando o estoque físico em acordo com o registrado no sistema.

Os recibos gerados contendo a assinatura do responsável pela criança deverão ser encaminhados para o destinatário abaixo ao final do período de aplicação:

A/C Dra. Célia Maria Boff de Magalhães,

Seção Saúde da Criança e do Adolescente

DAS (Departamento de Ações em Saúde)/ SES

Av. Borges de Medeiros 1501, 5º andar, CEP : 90020-020, Porto Alegre, RS.

O polo de aplicação deverá manter o registro do número de crianças atendidas por critério de inclusão (A, B ou C) durante o ano. Estes números deverão ser enviados até o dia **15/09/2020**, para **Seção de Saúde da Criança** (e-mail: **celia-magalhaes@saude.rs.gov.br** e **af-estrategicos@saude.rs.gov.br**).

8.EVENTOS ADVERSOS E FARMACOVIGILÂNCIA:

Eventos adversos mais comuns são: infecções do trato respiratório superior, otite média, rinite, faringite, erupção cutânea e dor no local da injeção.

Os profissionais de saúde envolvidos com o Palivizumabe que atuem em qualquer etapa do ciclo deste medicamento (programação, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, preparo e administração), deverão realizar ações de farmacovigilância que consistem nas atividades relativas à detecção, avaliação, notificação e prevenção dos efeitos adversos ou outros problemas relacionados ao uso.

Eventos adversos descritos, assim como Queixas Técnicas relacionadas ao produto (QT) devem ser notificados através do sistema NOTIVISA – Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária. Outros eventos adversos que eventualmente possam aparecer também necessitam de notificação, análise e monitorização.

Qualquer dúvida, sugestões ou observações entrar em contato com a Seção Saúde da Criança e Adolescente – DAS, pelo e-mail celia-magalhaes@saude.rs.gov.br

Porto Alegre, 02 de março de 2020.



ANEXO I

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
Formulário para Solicitação de Palivizumabe
Prevenção do Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

Identificação da unidade de saúde (solicitante)		
NOME DA UNIDADE:		
TELEFONE PARA CONTATO:		
Identificação do paciente		
NOME DO PACIENTE:		
ENDEREÇO:		
CEP:	MUNICÍPIO:	UF: RS
Nº DNV (declaração de nascidos vivos):	DATA DE NASCIMENTO: __/__/__	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOME DA MÃE:		
TELEFONE: ()		
Informações complementares		
IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO: _____ semanas (medida- Capurro ou Ballard)		
GESTAÇÃO: Única <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/>		
PESO DE NASCIMENTO: _____ g		
<input type="checkbox"/> Ambulatorial - DATA DA ALTA: __/__/__ <input type="checkbox"/> Intra-hospitalar – DATA PREVISTA DA ALTA: __/__/__		
Condições atuais do paciente		
PESO ATUAL: _____ g		
<input type="checkbox"/> MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO (IDADE GESTACIONAL ≤ A 28 SEMANAS;		
<input type="checkbox"/> MENOR DE DOIS ANOS, PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE, E DESTE GRUPO, TERAPEUTICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:		
Oxigênio	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Diurético	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Broncodilatador	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Corticóide inalatório	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA. Anexar comprovação.		
<input type="checkbox"/> MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA E HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE OU EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC). Anexar comprovação.		
Solicitação		
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
CRM:	E-MAIL:	
TELEFONE PARA CONTATO: DDD ()	CELULAR: DDD ()	
Data: __/__/__	_____	
Assinatura e Carimbo		
Autorização (Local de aplicação)		
<input type="checkbox"/> Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação no _____ Nº de doses _____		
<input type="checkbox"/> Não autorizo a liberação do Palivizumabe		
<input type="checkbox"/> Por não atender a critério estabelecido (Nota Técnica/SES/Março de 2018)		
<input type="checkbox"/> Por falta de informações necessárias para análise da solicitação		
Data: __/__/__		

Assinatura e Carimbo do Médico Autorizad		

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ [nome do responsável pelo usuário(a) 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 imunobiológico palivizumabe.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____

(nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o meu filho ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos 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 contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

Podem ocorrer os seguintes efeitos indesejáveis possíveis: febre, irritabilidade, reação a injeção, diarreia, rash, elevação de enzimas hepáticas, função hepática anormal, doença do trato respiratório superior, leucopenia, vômito, tosse e rinite.

É contraindicada em caso de 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.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

1) Identificação do usuário: (preenchida pelo responsável pelo paciente)

Nome: _____

Nome da mãe: _____

CPF(responsável) _____

Endereço: _____

Município: _____

2) Identificação do médico: (preenchida pelo médico solicitante responsável pela indicação do medicamento)

Nome do médico: _____

CPF: _____ CRM: _____

Local de aplicação: _____

Município: _____

Assinatura e carimbo do médico

ANEXO III

RELAÇÃO DE LOCAIS RESPONSÁVEIS PELA APLICAÇÃO DO PALIVIZUMABE DE ACORDO COM O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	LOCAL DE APLICAÇÃO
Porto Alegre	CRIE HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS Avenida Independência, 661, 6º andar - Bairro Independência - Porto Alegre Fone: 51 3289-3339 / 51 3289-3360
Municípios da 1ª CRS Barão, Brochier, Cambará do Sul, Canoas, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Igrejinha, Maratá, Montenegro, Nova Santa Rita, Pareci Novo, Parobé, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, São Francisco de Paula, São José do Sul, São Leopoldo, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Tabaí, Taquara, Três Coroas, Triunfo, Tupandi.	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ULBRA CANOAS Avenida Farroupilha, 8001 – Bairro São José - Canoas Fone: 51 3478-8245 UTIN-HU ULBRA
Municípios da 1ª CRS Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio, Sapiranga	CASA DE VACINA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO HAMBURGO Avenida Cel. Frederico Linck, 900 – Bairro Rio Branco - Novo Hamburgo Fone: 51 3097-9412 (para agendamento)
Municípios da 2ª CRS Alvorada, Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Cachoeirinha, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chувиска, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Serão Santana, Tapes, Viamão.	HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO Rua Álvares Cabral 653- Ambulatório do Hospital Criança Conceição- Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre Fone: 51 33572192
Municípios da 3ª CRS: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul, Turuçu	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE PAULA Rua Marechal Deodoro, 1123 – Centro - Pelotas Fone: 53 2128-8300
Municípios da 3ª CRS: Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORRÊA Jr. Rua Visc. de Paranaguá, 102 – Térreo, Acesso 7- Centro, Rio Grande - RS, 96200-190 Fone: 53 3233-8832 (para agendamento c/Sibele)
Municípios da 4ª CRS: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi Ivorá, Jaguari, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda, Vila Nova do Sul.	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA Avenida Roraima, prédio 22 Campus - Bairro Camobi - Santa Maria Fone: 55 3220-8500
Municípios da 5ª CRS Alto Feliz, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha	HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL Rua Professor Antônio Vignoli, 255 - Bairro Petrópolis - Caxias do Sul Fone: 54 3218-7200

<p>Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata.</p>	
<p>Municípios da 6ª CRS Água Santa, Almirante Tamandaré do Sul, Alto Alegre, André da Rocha, Arvorezinha, Barracão, Barros Cassal, Caciue Doble, Camargo, Campos Borges, Capão Bonito do Sul, Carazinho, Casca, Caseiros, Ciriaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, Davi Canabarro, Ernestina, Espumoso, Fontoura Xavier, Gentil, Ibiacá, Ibiraiaras, Ibirapuitã, Itapuca Lagoão, Lagoa dos Três Cantos, Lagoa Vermelha, Machadinho, Marau, Mato Castelhana, Maximiliano de Almeida, Montauri, Mormaço, Muliterno, Não me Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Paim Filho, Passo Fundo, Pontão, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, Santo Expedito do Sul, São Domingos do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Serafina Correa, Sertão, Soledade, Tapejara, Tapera, Tio Hugo, Tunas, Tupanci do Sul, Vanini, Vitor Graeff, Vila Lângaro, Vila Maria.</p>	<p>HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO Rua Teixeira Soares, 808 - Bairro Centro - Passo Fundo Fone: 54 3316-4000</p>
<p>Municípios da 7ª CRS Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul</p>	<p>SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ Rua Gomes Carneiro, 1350 - Bairro Centro - Bagé Fone: 53 3242-7022</p>
<p>Municípios da 8ª CRS Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibirama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo e Sobradinho</p>	<p>HOSPITAL SANTA CRUZ Rua Fernando Abott, 174 - Centro - Santa Cruz do Sul Fone: 51 3713-7400</p>
<p>Municípios da 9ª CRS Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach e Tupanciretã</p>	<p>ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, nº 701 - Santo Ângelo Fone: 55 3313-2000</p>
<p>Municípios da 10ª CRS Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manuel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, anta Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel, Uruguaiana.</p>	<p>IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE ALEGRETE Rua General Sampaio, nº 88 - Alegrete Fone: 55 3422-2888</p>
<p>Municípios da 11ª CRS Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebang, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Nonoai, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, Rio dos índios, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos</p>	<p>HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO Rua Teixeira Soares, 808 - Bairro Centro - Passo Fundo Fone: 54 3316-4000</p>
<p>Municípios da 12ª CRS Caibaté, Bossoroca, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões</p>	<p>ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, nº 701 - Santo Ângelo Fone: 55 3313-2000</p>

<p>Municípios da 13ª CRS Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pântano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz</p>	<p>HOSPITAL SANTA CRUZ Rua Fernando Abott, 174 – Centro – Santa Cruz do Sul Fone: 51 3713-7400</p>
<p>Municípios da 14ª CRS Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi</p>	<p>ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, nº 701 - Santo Ângelo Fone: 55 3313-2000</p>
<p>Municípios da 15ª CRS Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lageado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Xingú, Novo Barreiro, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras, Trindade do Sul.</p>	<p>HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO Rua Teixeira Soares, 808 - Bairro Centro - Passo Fundo Fone: 54 3316-4000</p>
<p>Municípios da 16ª CRS Anta Gorda, Arroio do Meio, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro, do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vila Nova, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Lajeado, Marquês de Souza, Muçum, Nova Brescia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Correa e Westfália</p>	<p>HOSPITAL SANTA CRUZ Rua Fernando Abott, 174 – Centro – Santa Cruz do Sul Fone: 51 3713-7400</p>
<p>Municípios da 17ª CRS Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Joia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova</p>	<p>ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, nº 701 - Santo Ângelo Fone: 55 3313-2000</p>
<p>Municípios da 18ª CRS Arroio do Sal, Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Capão da Canoa, Cidreira, Dom Pedro de Alcântara, Imbé, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangri-Lá</p>	<p>HOSPITAL DE TRAMANDAÍ Avenida Emancipação 1255 – Centro - Tramandaí Fone: 51 3684-0300 UTIN (para agendamento), A/C Enfermeira Flávia</p>
<p>Municípios da 19ª CRS Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Herval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre, Vista Gaúcha</p>	<p>HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO Rua Teixeira Soares, 808 - Bairro Centro - Passo Fundo Fone: 54 3316-4000</p>

ANEXO IV



RECIBO MANUAL

RECIBO DE APLICAÇÃO DO PALIVIZUMABE SES-RS



ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	
MUNICÍPIO:	DATA

Nº DISPENSAÇÃO: _____

NOME DO PACIENTE: _____

Nº CARTÃO SUS: _____

NOME DO RESPONSÁVEL (Mãe/Familiar): _____

PALIVIZUMABE 50MG (100mg/mL) – SOLUÇÃO INJETÁVEL
PALIVIZUMABE 100MG (100mg/mL) – SOLUÇÃO INJETÁVEL

LOTE	VALIDADE	PESO ATUAL	QUANTIDADE (mg)	DATA DA APLICAÇÃO	Dose Nº:
					()1ª()2ª()3ª()4ª()5ª

Nome do Operador: _____ Assinatura do Responsável: _____

*BOLETO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ESTE RECIBO MANUAL NÃO SUBSTITUI O DEVIDO REGISTRO NO SISTEMA HÓRUS
MEDICAMENTO FORNECIDO GRATUITAMENTE PELO SUS*

1ª via Estabelecimento de Saúde



RECIBO DE APLICAÇÃO DO PALIVIZUMABE SES-RS



ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	
MUNICÍPIO:	DATA

Nº DISPENSAÇÃO: _____

NOME DO PACIENTE: _____

Nº CARTÃO SUS: _____

NOME DO RESPONSÁVEL (Mãe/Familiar): _____

PALIVIZUMABE 50MG (100mg/mL) – SOLUÇÃO INJETÁVEL
PALIVIZUMABE 100MG (100mg/mL) – SOLUÇÃO INJETÁVEL

LOTE	VALIDADE	PESO ATUAL	QUANTIDADE (mg)	DATA DA APLICAÇÃO	Dose Nº:
					()1ª()2ª()3ª()4ª()5ª

Nome do Operador: _____ Assinatura do Responsável: _____

*BOLETO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ESTE RECIBO MANUAL NÃO SUBSTITUI O DEVIDO REGISTRO NO SISTEMA HÓRUS
MEDICAMENTO FORNECIDO GRATUITAMENTE PELO SUS*

2ª via Paciente