

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE ESTADUAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – NAF/SES**

FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE 50 MG OU 100 MG

PERÍODO DE SAZONALIDADE: MARÇO A JULHO

PÓLOS DE APLICAÇÃO:

- **MATERNIDADE FREI DAMIÃO**
- **INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS**
- **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**
- **MATERNIDADE PEREGRINO FILHO (PATOS)**
- **INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDEO DE ALMEIDA (CAMPINA GRANDE)**

1. 1ª SOLICITAÇÃO (1ª DOSE)

1.1. Formulário Modelo original de Solicitação Oficial da Instituição do *Palivizumabe* (ver anexo II da Nota Técnica 20 – 2015 que descreve sobre os critérios de inclusão) deve ser preenchido pelo médico e enviado eletronicamente para a análise prévia e autorização do NAF/SES/ PB (nafestrategicos@gmail.com / eugeniaestrategicos@gmail.com); (uma cópia deste formulário será devolvida ao Pólo de Aplicação) juntamente com os seguintes documentos para receber o *Palivizumabe* no NAF/SES/ PB (componente estratégico):

1.2. Prescrição médica em duas vias (a 2ª via será retida pela SES PB para controle junto ao Ministério da Saúde);

1.3. Cópia do cartão SUS do paciente.

1.4. Cópia do Registro de Nascimento.

1.5. Laudo Médico.

2. DEMAIS SOLICITAÇÕES (DOSES SUBSEQUENTES)

2.1. Prescrições médicas em duas vias informando dose e peso da criança.

3. INFORMAÇÕES PRESTADAS

3.1. Envio da planilha, modelo do Ministério da Saúde, pelo serviço de farmácia hospitalar de cada instituição para o NAF/SES/PB no primeiro dia útil do mês subsequente às aplicações

objetivando reposição do quantitativo de medicamento utilizado e prestação de contas ao Ministério da Saúde.

4. INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS COM UTIs NEONATAL QUE NÃO SEJAM PÓLOS DE APLICAÇÃO

4.1. Estas Instituições que estiverem com crianças prematuras internas deverão seguir o mesmo fluxo dos pólos de aplicação (**ITEMS 1, 2, 3**)

4.2. Após alta hospitalar estas crianças deverão ser encaminhadas a um Pólo de Aplicação para continuidade do seu tratamento com informações do início das aplicações. Este pólo ao receber este paciente deve informar ao NAF para que o mesmo envie cópias do seu processo-documentações.

5. PLANILHAS INFORMATIVAS PARA ENVIO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

5.1. Deverá ser preenchida pelo serviço de Farmácia Hospitalar obrigatoriamente.

5.2. Farmacêutico Hospitalar responsável pelo preenchimento da planilha deve informar o seu nome e nº do CRF.

5.3. O profissional de enfermagem responsável pela administração da dose deve informar o seu nome e nº do COREN.

5.4. Ao administrar a dose prescrita para o paciente, o profissional de enfermagem deve observar se haverá perda do medicamento (volume) e informar para que esse dado conste na planilha de informações.

Thayse Viana Palomaro
Coordenadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica
SES/PB

Eugênia B. Guimarães
Farmacêutica Componente Estratégico
NAF/SES/PB