

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 249, de 13-7-2007

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 a prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório - VSR no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo

O Secretário de Estado da Saúde,

Considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;

Considerando a necessidade de se estabelecer e divulgar uma Norma Técnica para a prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório - VSR no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo;

Considerando referendo da Comissão Permanente de Assessoramento ao Programa Estadual de Imunização às indicações altamente recomendadas para grupos prioritários pela Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP e aprovadas pelos Núcleos Gerenciais dos Departamentos Científicos de Neonatologia, Infectologia e Pneumologia, resolve:

Artigo 1º - Aprovar a Norma Técnica, parte integrante desta Resolução, que disciplina as indicações do uso do palivizumabe, no âmbito do Estado de São Paulo, enquanto tratamento para prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório.

Artigo 2º - Divulgar, sob forma de Anexo, o formulário de solicitação do medicamento.

Artigo 3º - Determinar que a definição do fluxo de encaminhamento dos pacientes, bem como a relação das Unidades a serem referendadas para aplicação do medicamento, sejam divulgados no âmbito desta Secretaria de Estado, concomitante aos efeitos desta resolução.

Artigo 4º - Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

NORMA TÉCNICA RELATIVA ÀS DIRETRIZES PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VIRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO - VSR

1. OBJETIVOS

A presente Norma Técnica tem por objetivos:

1.1. Estabelecer diretrizes para a utilização do palivizumabe no âmbito do Estado de São Paulo, através de uma política estadual de proteção à Saúde.

1.2. Definir os estabelecimentos que realizarão a administração do palivizumabe, visando a racionalização da dispensação, garantindo a segurança e eficácia da aplicação.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

2.1. O período de fornecimento e aplicação do palivizumabe obedece a critérios técnicos, definido como período de sazonalidade da circulação do VSR no Estado de São Paulo, quer seja, durante os meses de abril a agosto de cada ano.

2.1. O cadastramento dos pacientes que receberão as doses do medicamento obedecerá aos seguintes critérios:

Crianças menores de um ano de idade que nasceram prematuras (idade gestacional menor ou igual a 28 semanas), após alta hospitalar;

Crianças menores de 2 anos de idade, portadores de patologia congênita com repercussão hemodinâmica importante ou com doença pulmonar crônica da prematuridade, que necessitaram tratamento nos 6 meses anteriores ao período de sazonalidade do VSR

3. POSOLOGIA, MODO DE APLICAÇÃO E CONSERVAÇÃO

A dose de palivizumabe recomendada é de 15 mg/kg de peso corporal, administrada uma vez ao mês, durante os períodos previstos de prevalência de VSR. O palivizumabe deverá ser administrado via intramuscular, preferencialmente na face antero-lateral da coxa. Volumes de injeção acima de 1 ml deverão ser administrados em doses fracionadas, em diferentes massas musculares. O medicamento deve ser armazenado em temperatura entre 2º e 8º C, não podendo ser congelado.

Condições Atuais do Paciente

PESO ATUAL

G

ESTATURA ATUAL

CM

MENOR DE UM ANO DE IDADE, QUE NASCEU PREMATURO (IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 28 SEMANAS), APÓS ALTA HOSPITALAR

SIM () NÃO ()

MENOR DE DOIS ANOS, PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO NOS SEIS MESES ANTERIORES AO PERÍODO DE SAZONALIDADE

SIM () NÃO ()

Listar medicamentos e período de utilização nos últimos seis meses

MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA

SIM () NÃO ()

MENOR DE DOIS ANOS DE IDADE COM HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE OU EM TRATAMENTO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)

SIM () NÃO ()

Solicitação

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CRM

CPF

TELEFONE: CELULAR

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Autorização (para uso da SES)

() Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação na Unidade Responsável da DRS

() Não autorizo a liberação do Palivizumabe

() Por não atender a critério estabelecido (Resolução SS..... de/...../.....)

() Por falta de informações necessárias para análise da solicitação

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Autorizador

