

SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS
NIRSEVIMABE

Preenchimento Completo Obrigatório

Serviço de saúde solicitante: _____
Paciente (**SEM ABREVIAR**): _____
CNS: _____ RG ou CPF : _____
Data de nascimento: ____/____/____
Nome de mãe: _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ CEP _____
Cidade _____
Telefone (____) _____
Idade gestacional: _____ Peso atual: _____

2. CRITÉRIO DE INCLUSÃO (ASSINALAR OBRIGATORIAMENTE)

- ☐ Prematuridade (criança com até 5 meses e 29 dias de vida, conforme Guia vigente)
☐ Criança com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com comorbidade prevista no Quadro 5

Para crianças com comorbidade a profilaxia é administrada na sazonalidade, conforme o Guia vigente no período de fevereiro a agosto

3. ENQUADRAMENTO OBRIGATÓRIO – QUADRO 5

O critério clínico deverá ser obrigatoriamente verificado conforme o Quadro 5 – Critérios de inclusão e exclusão para imunoprofilaxia com o anticorpo monoclonal Nirsevimabe (pág. 8), constante no documento "Guia de Implantação da Estratégia de Imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) com Anticorpo Monoclonal em Crianças Prematuras e com Comorbidades", da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), publicado em 03/02/2026

Critério específico assinalado: _____
CID-10: _____

4. RESUMO CLÍNICO (OBRIGATÓRIO)

5. DOCUMENTAÇÃO ANEXADA

- ☐ Relatório médico atualizado
☐ Exames comprobatórios
☐ Outros: _____

6. DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Declaro que o paciente atende integralmente aos critérios estabelecidos no Quadro 5 do Guia vigente, não apresenta critérios de exclusão, não recebeu Nirsevimabe previamente na rede pública ou privada e que as informações prestadas são verídicas.

Estou ciente de que informações inconsistentes ou em desacordo com os critérios estabelecidos no Quadro 5 do Guia vigente poderão resultar na devolução da solicitação para adequação técnica, sem prejuízo de eventual verificação administrativa, além de possível atraso na profilaxia da criança.

Nome do profissional: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Indicação clínica	CID-10
Imaturidade extrema	P07.0 ou P07.2
Outros recém-nascidos de pré-termo	P07.1 ou P07.3
Doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa (DCC)	Q20 a Q26
Doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP)	P27.1
Imunocomprometimento grave – inato ou adquirido	D80 a D84.9
Fibrose cística	E84
Doença neuromuscular	G70.2 P94.0 a P94.9
Anomalias congênitas das vias aéreas	Q30-Q34
Síndrome de Down	Q90.0 a Q90.9

Fonte: Cgici/DPNI/SVSA/MS, 2025.

Quadro 5– Critérios de inclusão e exclusão para imunoprofilaxia com o anticorpo monoclonal, nirsevimabe.

Grupo elegível	Critérios para indicação	Observações/exclusões
Cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica	Cardiopatia acianótica com uso de medicamentos para insuficiência cardíaca e indicação cirúrgica.	Não indicado para: a. Doença cardíaca sem repercussão (ex.: CIA ostium secundum, DSV pequeno, estenoses leves, PDA leve). b. Lesão corrigida cirurgicamente sem uso de medicamentos. c. Cardiopatia leve sem tratamento. Segunda sazonalidade: apenas se mantida repercussão clínica e uso de medicação.
	Hipertensão pulmonar moderada a grave	
	Necessidade de uso contínuo de medicamentos específicos.	
Doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP)	Prematuros dependentes de O ₂ ≥28 dias de vida com alterações radiográficas.	Não indicado no segundo ano de vida se não houve necessidade de suporte terapêutico nos 6 meses anteriores ao período sazonal.
	Necessidade de oxigênio até 36 semanas de idade corrigida	
	Uso de suporte terapêutico (oxigênio, corticoide, diurético) nos últimos 6 meses antes da segunda sazonalidade	
Imunocomprometidos graves (inato ou adquirido)	<12 meses com CD4+ ≤750 células/mm ³ .	Aplicável também a neoplasias hematológicas em tratamento
	12 a 24 meses com CD4+ ≤500 células/mm ³ .	
	Erros inatos graves da imunidade.	
	Uso de corticoides em altas doses (>2 mg/kg/dia ou ≥20 mg/dia por >2 semanas)	
	transplantados de órgãos sólidos ou TCTH.	
	Doenças oncológicas em tratamento ou pós-quimioterapia/radioterapia.	

Fibrose cística	Doença pulmonar grave (ex.: internação prévia por exacerbação)	Indicação restrita aos casos com comprometimento clínico importante.
	Alterações persistentes em imagem pulmonar.	
	Peso/estatura < 10º percentil	
Doenças neuromusculares graves	Crianças com fraqueza muscular respiratória que comprometa ventilação, tosse e eliminação de secreções. Inclui: AME 0/1, SMARD1, neuropatias e distrofias congênitas graves, doenças mitocondriais, miopatias congênitas graves, doença de Pompe infantil, entre outras listadas.	Alto risco de evolução rápida para insuficiência respiratória aguda por VSR.
Síndrome de Down	Todas as crianças com idade inferior a 24 meses de idade	Independentemente de presença de cardiopatia ou outras comorbidades
Anomalias congênitas das vias aéreas e doenças pulmonares graves	Crianças < 24 meses com alterações estruturais que comprometam ventilação/depuração de secreções, como: agenesia/hipoplasia pulmonar, cistos broncogênicos, sequestro pulmonar, traqueomalácia grave, estenose traqueal, compressões vasculares, síndromes (Pierre Robin, Apert), entre outras.	Considerar especialmente se houver internações respiratórias recorrentes, necessidade de oxigênio, suporte ventilatório ou dificuldade relevante de eliminação de secreções.

Fonte: Cgici/DPNI/SVSA/MS, 2025.

Legenda: CIA – Comunicação Interatrial; DSV – Defeito do Septo Ventricular; PDA – Persistência do Ducto Arterioso; CD4+ – Linfócitos T CD4 positivos; TCTH – Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas; AME – Atrofia Muscular Espinhal; SMARD1 – Atrofia Muscular Espinhal com Desconforto Respiratório tipo 1.