

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR)– DUT 124

INDICAÇÃO CLÍNICA

INDICAÇÃO CLÍNICA (marcar a opção correspondente):

- ☐ Prematuro com idade gestacional ≤ 28 semanas e idade < 1 ano
- ☐ Criança com doença pulmonar crônica da prematuridade (< 2 anos)
- ☐ Criança com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica (< 2 anos)

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Relatório médico detalhado

• Com informações sobre:

- Idade gestacional ao nascimento.
- Idade cronológica da criança.
- Diagnóstico de doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar), se aplicável.
- Diagnóstico de cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica, se aplicável.
- Histórico de internações ou uso de oxigênio.

2. Exames complementares (se necessário)

- Radiografia de tórax.
- Ecocardiograma (para cardiopatia).
- Relatórios de internação neonatal.

Critérios Clínicos para Cobertura (DUT 124)

A cobertura é obrigatória para crianças que atendam a pelo menos um dos seguintes critérios

- Prematuros com idade gestacional ≤ 28 semanas e menos de 1 ano de idade.
- Crianças com menos de 2 anos com doença pulmonar crônica da prematuridade.
- Crianças com menos de 2 anos com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 124 da ANS para cobertura do procedimento TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR).

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____