



Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde

MARÇO DE 2017
NOTA TÉCNICA DO PALIVIZUMABE
Medicamento (anticorpo monoclonal) utilizado para o tratamento
profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

O período de fornecimento e aplicação do Palivizumabe obedece a critérios técnicos, definido pelo **período de sazonalidade da circulação do VSR** no Estado do Rio Grande do Sul (RS), que ocorre de **abril a agosto** de cada ano. **Cada criança poderá receber até cinco doses** anuais do medicamento no primeiro ano de vida. Sendo **recomendado** 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 devem ser **administradas com intervalo de 30 dias**. **Assim, o medicamento não será disponibilizado para aplicação, a partir da segunda quinzena de agosto**, ou para as crianças que não se enquadrem nos critérios descritos a seguir. A prescrição do medicamento Palivizumabe é de inteira responsabilidade do médico assistente que acompanha a criança.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (conforme Portaria SAS/MS nº522, de 13/05/13):

A) Crianças menores de um 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 02 anos de idade, com doença pulmonar crônica da prematuridade, definido 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 dois 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 irão precisar 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.

Solicitação de Medicamento Palivizumabe (Dose Hospitalar): inicialmente o médico assistente explica aos responsáveis pela criança, o motivo do uso de Palivizumabe no paciente prematuro/cardiopata, assim facilitando a adesão familiar ao processo. Também é responsável por realizar o preenchimento dos formulários (anexos I e II).

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, realiza a requisição pelo Sistema HÓRUS/MS. E, após encaminha ao CRIE/PARTENON todos os documentos (com cópia, pois uma via fica retida no CRIE), quando esta criança está internada em Unidades de POA. Nos demais municípios a UTI solicita a aplicação no Sistema Hórus/MS e o Hospital encaminha a documentação necessária para o Ambulatório de Egressos (A.E) que é a sua referência, conforme definido no anexo III.

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.

Solicitação de Medicamento Palivizumabe (Dose Ambulatorial): Após a alta hospitalar, a criança deverá manter a aplicação do Palivizumabe, durante a **sazonalidade do VSR no RS**. Quando não recebeu o medicamento Palivizumabe, durante sua internação (não tem 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 providenciar a documentação necessária para seu recebimento, encaminhando para o Ambulatório de Egressos, conforme seu **município de residência**, de acordo com o estabelecido no Anexo III.

Documentos necessários:

- Anexos I e II (preenchidos, assinados e carimbados pelo médico assistente) em **duas vias** (xerox)
- Receituário médico com prescrição do Palivizumabe
- Cópia do CPF ou carteira de identidade do responsável (ou carteira de trabalho) do responsável pelo paciente
- Cópia da certidão de nascimento do paciente
- Comprovante de residência
- 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 - xerox do laudo da radiografia de tórax; xerox do laudo do ecocardiograma
- Termo de consentimento preenchido e assinado (pelo responsável pela criança e pelo médico solicitante do medicamento) Este termo será preenchido em **duas vias** (xerox)
- Cópia cartão SUS da criança

Aviso Importante:

1. A relação de documentos acima deverá ser entregue, pelo responsável do paciente, diretamente no local determinado de 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. 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 a família.
3. Crianças com indicação de Palivizumabe no 2º ano de vida, necessitam a atualização da situação clínica (relatório médico) e sua comprovação (exames); sem necessidade dos demais documentos já apresentados no 1º ano de aplicação.

Fluxo de distribuição:

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 da posição de estoque dos estabelecimentos de saúde no sistema Hórus/MS.

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.

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

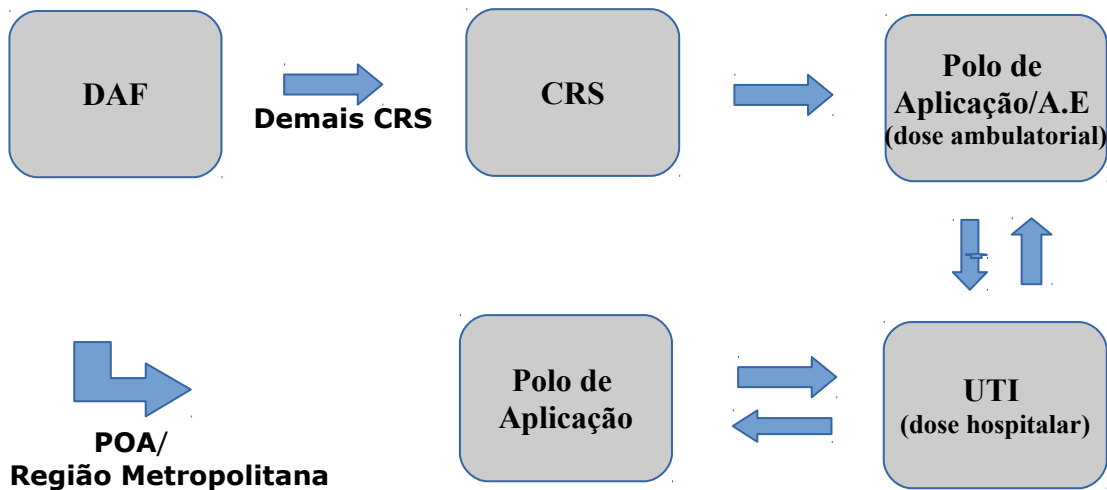


Fig. 1 – Fluxo de distribuição

Fluxo para dispensação/aplicação:

1. O polo de aplicação deverá possuir equipe profissional e estrutura física adequada para a recepção das crianças, atendimento, preparação e aplicação do medicamento. O medicamento deve ser **armazenado em temperatura entre 2 e 8°C**.

2. Os polos de aplicação deverão elaborar um calendário de agendamento de aplicação das doses, facilitando o compartilhamento de doses, objetivando minimizar as perdas do medicamento. Após diluição, o medicamento deve ser administrado em até 6 horas.

2. A posologia do Palivizumabe é de 15 mg/Kg de peso corporal e deve ser administrado por via intramuscular, somente por pessoa capacitada. Este medicamento é disponibilizado nas apresentações de 50mg e 100mg, tendo a **concentração final de 100mg/mL obtida nas duas apresentações após diluição**.

O Palivizumabe de 100mg/mL deve ser diluído em **1,0 mL** do diluente e o Palivizumabe de 50mg/mL em **0,6 mL**.

De acordo com informações do fabricante contidas em bula aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a quantidade de princípio ativo na formulação dos frascos de 100 mg e 50 mg são, respectivamente, de 122 mg e 73 mg. Quando 1 ml do diluente é adicionado ao frasco ampola de 100 mg, o volume final solução é de aproximadamente 1,22 ml; logo, a concentração final será 122 mg/1,22 ml, o que corresponde à concentração de 100 mg/ml. Situação equivalente ocorre com o Palivizumabe 50 mg, pois quando 0,6 ml de diluente é adicionado ao frasco ampola, o volume equivalente é aproximadamente 0,73 ml, e a concentração final da solução é de 73 mg/0,73 ml, que corresponde à concentração de 100 mg/ml.

3. O polo de aplicação realizará a dispensação através do sistema Hórus/MS.

4. No momento da dispensação no sistema é obrigatória a inclusão dos seguintes dados no campo observação: **idade gestacional**, peso ao nascer, peso atual, **indicação** e telefone para contato.

5. O polo de aplicação deverá manter o registro do número de crianças atendidas por critério de inclusão durante o ano. Estes números deverão ser enviados impreterivelmente até o dia **15/09/2017**, para **Seção de Saúde da Criança** (e-mail: **celia-magalhaes@saude.rs.gov.br**).

Eventos adversos e Farmacovigilância

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

2. 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.

2. 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.



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

ANEXO I

Identificação da unidade de saúde (solicitante)

NOME DA UNIDADE:

TELEFONE PARA CONTATO:

CNES:

Identificação do paciente

NOME DO PACIENTE:

ENDEREÇO:

CEP:

MUNICÍPIO:

UF: RS

Nº DNV (declaração de nascidos vivos):

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__

SEXO: M F

NOME DA MÃE:

TELEFONE PARA CONTATO:

Informações complementares

IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO NASCIMENTO: _____ semanas (medida- Capurro ou Ballard)

GESTAÇÃO: Única Múltipla

PESO DE NASCIMENTO: _____ g

DATA DA ALTA: __/__/__

Condições atuais do paciente

PESO ATUAL: _____ g

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

MENOR DE DOIS ANOS, PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA DA PREMATURIDADE, E DESTE GRUPO, TERAPEUTICA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

Oxigênio SIM NÃO Broncodilatador SIM NÃO

Diurético SIM NÃO Corticóide inalatório SIM NÃO

MENOR DE DOIS ANOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA (ANEXAR COMPROVAÇÃO)

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)

Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação no _____ Nº de doses _____

Não autorizo a liberação do Palivizumabe

Por não atender a critério estabelecido (Nota Técnica/SES/Março de 2017)

Por falta de informações necessárias para análise da solicitação

Data: __/__/__

Assinatura e Carimbo do Médico Autorizador

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: _____

Assinatura do responsável pelo paciente

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: UTIN-HU ULBRA 34788245
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 Fone: 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, Chuvisca, 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 DA CRIANÇA CONCEIÇÃO Rua Alvares Cabral 653-Ambulatório do Hospital Criança Conceição Fone: 51 33572192
Municípios da 3ª CRS Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Turuçu	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE PAULA Rua Marechal Deodoro, 1123 - Pelotas Fone: 53 2128-8300
Municípios da 4ª CRS Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jaguarí, 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	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA Avenida Roraima, prédio 22 Campus - Bairro Cambó - Santa Maria Fone: 55 3220-8500

Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda, Vila Nova do Sul.	
<p>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 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>HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL Rua Professor Antônio Vignoli, 255 - Bairro Petrópolis - Caxias do Sul Fone: 54 3218-7200</p>
<p>Municípios da 6ª CRS Água Santa, Almirante Tamandaré do Sul, Alto Alegre, André da Rocha, Arvorezinha, Barracão, Barros Cassal, Cacique Doble, Camargo, Campos Borges, Capão Bonito do Sul, Carazinho, Casca, Caseiros, Ciríaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, Davi Canabarro, Ernestina, Espumoso, Fontoura Xavier, Gentil, Ibiaçá, Ibiraiaras, Ibirapuitã, Itapuca, Lagoão, Lagoa dos Três Cantos, Lagoa Vermelha, Machadinho, Marau, Mato Castelhano, Maximiliano de Almeida, Montauri, Mormaço, Muliterno, Não me Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Paim Filho, Passo Fundo, Pontão, Sanduva, 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 Abbott, 174 - Centro - Santa Cruz do Sul Fone: 51 3713-7400</p>
<p>Municípios da 9ª CRS Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Inca, 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,</p>	<p>IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE ALEGRETE</p>

<p>Maçambará, Manuel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel, Uruguaiana.</p>	<p>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, Erebango, 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 Abbott, 174 – Centro – Santa Cruz do Sul Fone: 51 3713-7400</p>
<p>Municípios da 14ª CRS Alecim, 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,</p>	<p>HOSPITAL SANTA CRUZ Rua Fernando Abbott, 174 – Centro – Santa Cruz do Sul Fone: 51 3713-7400</p>

<p>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>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 Av. Emancipação 1255 Fone:3684-0300 UTIN (para agendamento), A/C da 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>
	<p>CRIE HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON Rua Bento Gonçalves, 3722 - Bairro Partenon - Porto Alegre Fone: 51 3336-8802 Responsável pela capacitação técnica dos Hospitais do Estado.</p>