

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR (1ª via)**Síndrome Grippal**

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Estatura: _____ Peso: _____ kg

Endereço resid.: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Vacina nos últimos 12 meses:

☐ Não ☐ Sim: influenza sazonal() influenza pandêmica H1N1() pneumococo()Uso anterior de OSELTAMIVIR: ☐ Não ☐ Sim Data do último tratamento: ____/____/____

Data do início dos sintomas do quadro atual: ____/____/____

Sinais e sintomas: ☐ febre ☐ tosse ☐ dor de garganta ☐ dispnéia ☐ mialgia ☐ artralgia☐ conjuntivite ☐ vômito ☐ náuseas ☐ coriza ☐ calafrio ☐ cefaléia ☐ diarreia☐ prostração/astenia ☐ Outro(s): _____Parâmetro clínico: ☐ oximetria _____%Gestante: ☐ Não ☐ Sim: idade gestacional atual: _____ semanasComorbidades: ☐ Não ☐ Sim, qual(is): _____Internamento: ☐ Não ☐ Sim, hospital _____ ☐ Leito regular ☐ UTIPosologia: ☐ Osetamivir cápsulas de ____ mg : ____ cápsula(s) via oral de 12/12h por 5 dias
(disponíveis cápsulas de 30mg, 45mg e 75mg)☐ Osetamivir solução oral 15 mg/ml : ____ ml via oral de 12/12h por 5 dias
(dispensada apenas para crianças menores de 1 ano de idade)

Assinatura e identificação do médico prescritor

Data da prescrição: ____/____/____

Unidade/consultório: _____

End. consult.: _____

Município: _____

Identificação da Farmácia dispensadora

Data da dispensação: ____/____/____

Município: _____

RDC ANVISA nº 70/2009 - Osetamivir sujeito à venda sob Receita de Controle Especial (Lista C 1).
Este formulário de dispensação possui validade de até 5 (cinco) dias após data de emissão.

Preencher este formulário em duas vias (a farmácia deverá reter uma via e encaminhar a outra para epidemiologia)
Para o paciente deverá ser feita uma receita simples incluindo a posologia do osetamivir.

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR (2ª via)**Síndrome Grippal**

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Estatura: _____ Peso: _____ kg

Endereço resid.: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Vacina nos últimos 12 meses:

☐ Não ☐ Sim: influenza sazonal() influenza pandêmica H1N1() pneumococo()Uso anterior de OSELTAMIVIR: ☐ Não ☐ Sim Data do último tratamento: ____/____/____

Data do início dos sintomas do quadro atual: ____/____/____

Sinais e sintomas: ☐ febre ☐ tosse ☐ dor de garganta ☐ dispnéia ☐ mialgia ☐ artralgia☐ conjuntivite ☐ vômito ☐ náuseas ☐ coriza ☐ calafrio ☐ cefaléia ☐ diarreia☐ prostração/astenia ☐ Outro(s): _____Parâmetro clínico: ☐ oximetria _____%Gestante: ☐ Não ☐ Sim: idade gestacional atual: _____ semanasComorbidades: ☐ Não ☐ Sim, qual(is): _____Internamento: ☐ Não ☐ Sim, hospital _____ ☐ Leito regular ☐ UTIPosologia: ☐ Osetamivir cápsulas de ____ mg : ____ cápsula(s) via oral de 12/12h por 5 dias
(disponíveis cápsulas de 30mg, 45mg e 75mg)☐ Osetamivir solução oral 15 mg/ml : ____ ml via oral de 12/12h por 5 dias
(dispensada apenas para crianças menores de 1 ano de idade)

Assinatura e identificação do médico prescritor

Data da prescrição: ____/____/____

Unidade/consultório: _____

End. consult.: _____

Município: _____

Identificação da Farmácia dispensadora

Data da dispensação: ____/____/____

Município: _____

RDC ANVISA nº 70/2009 - Osetamivir sujeito à venda sob Receita de Controle Especial (Lista C 1).
Este formulário de dispensação possui validade de até 5 (cinco) dias após data de emissão.

Preencher este formulário em duas vias (a farmácia deverá reter uma via e encaminhar a outra para epidemiologia)
Para o paciente deverá ser feita uma receita simples incluindo a posologia do osetamivir.