



FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR

Síndrome Gripal

Nome do Paciente:

Endereço e telefone:

Data do início dos sintomas

Indicação: Sinais de agravamento Caso grave Fator de risco
Especificar abaixo

**Dispensar somente uma caixa ou frasco por paciente
(anexar a receita).**

Assinatura e Carimbo do médico

Local e data _____

- Obs:
1. Este formulário não substitui a ficha de notificação do SINAN
 2. Solicita-se a devolução somente da receita ao paciente