

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR – maio de 2010

Síndrome Gripal

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone residencial _____ Celular _____

Vacina nos últimos 12 meses: () Sim () Não

() Influenza Sazonal Data da vacinação: ___/___/___

() Influenza pandêmica H1N1 Data da vacinação (dose única ou 2º dose): ___/___/___

Data do início dos sintomas: ___/___/___

Sinais e sintomas:

() Febre () Tosse () Dispnéia () Dor de garganta () Mialgia () Artralgia

() Cefaléia () Calafrio () Coriza () Conjuntivite () Vômitos () Náuseas

() Diarréia () Prostração e astenia () Outros Especificar: _____

Gestante: () Sim () Não Idade gestacional atual: _____ semanas

Presença de comorbidade: () Sim () Não () Ignorado

() Cardiopatia crônica () Pneumopatia crônica () Renal crônico

() Hemoglobinopatia () Doença Metabólica crônica () Imunodeprimido

() Doença Neurológica () Outras _____

Assinatura e Carimbo do médico _____

Data da prescrição: ___/___/___

Unidade/Consultório: _____

Município: _____

DISPENSAR SOMENTE A QUANTIDADE INDICADA NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Oseltamivir sujeito à venda sob Receita de Controle RCD ANVISA nº 70/2009 – Especial (lista C1) com validade de até 5 (cinco) dias após a data de emissão.

A farmácia ou unidade de saúde deverá reter o formulário, corretamente preenchido, e posteriormente encaminhado a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.